

HV  
5824  
C45C43  
2010

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des préadolescents

par

Geneviève Charest

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès Arts (M.Sc.)  
Psychoéducation

mai 2010

© Geneviève Charest, 2010

V - 807

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des préadolescents

Geneviève Charest

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

<u>Myriam Laventure</u>	Directrice de recherche
<u>Pierrette Verlaan</u>	Membre du jury
<u>Jean-Pascal Lemelin</u>	Autre membre du jury

Mémoire accepté le \_\_\_\_\_

## Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des préadolescents

### Résumé

La présente étude a pour objectifs de vérifier l'association entre la qualité des habiletés sociales et la consommation de psychotropes chez les enfants de 10-11-12 ans. L'échantillon est composé de 481 enfants (276 filles), âgés, en moyenne, de 11,1 ans (é.t. 0.69). Parmi ces enfants, 111 se sont déjà initiés aux psychotropes alors que 370 sont considérés comme étant non-consommateurs. Les habiletés sociales à l'étude sont la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et l'empathie. Tel que recommandé dans la littérature, l'association entre ces habiletés sociales et la consommation de psychotropes à la préadolescence est étudiée en considérant l'âge et le sexe de ces enfants et de la supervision parentale. Les résultats indiquent, au-delà de l'âge de l'enfant et de la qualité de la supervision parentale, une association entre la consommation de psychotropes et les différentes habiletés sociales chez les préadolescents, principalement la coopération. Ces résultats soutiennent l'utilisation d'une intervention adaptée et multimodale.

Mots clés : Consommation de psychotropes, préadolescents, habiletés sociales

## SOMMAIRE

Cette recherche s'intéresse aux habiletés sociales associées à l'initiation précoce à la consommation de psychotropes chez les enfants âgés de 10 à 12 ans. L'initiation aux psychotropes se fait plus fréquemment à l'adolescence et au début de l'âge adulte, pourtant certains jeunes vont s'initier à la nicotine, à l'alcool et au cannabis dès l'enfance (Oxford, Harachi, Catalano et Abbott, 2000). Cette relation entre la consommation de psychotropes et les habiletés sociales est d'autant préoccupante qu'un jeune qui présente de faibles habiletés sociales est reconnu pour être plus enclin à l'influence des pairs (Fortin, Royer, Marcotte, Potvin et Joly, 2001) particulièrement à celle des pairs déviants (Vitaro et Carbonneau, 2003) qui à son tour est reconnu pour influencer la consommation de psychotropes (Fortin *et al.*, 2001). Le développement de cette relation, soit la consommation et les faibles habiletés sociales avant la puberté pourrait alors avoir d'importantes répercussions sur l'adaptation personnelle et sociale ultérieure des enfants, telles que la délinquance (Vitaro et Carbonneau, 2003), les échecs scolaires (Fortin *et al.*, 2001), la démotivation scolaire (Vitaro, Carbonneau, Gosselin, Tremblay et Zoccolillo, 2000) et une consommation persistante et plus nocive (Vitaro et Carbonneau, 2003).

Les risques encourus par la présence de consommation de psychotropes et par la présence de problèmes sociaux avant la puberté ont d'ailleurs déjà alarmé bon nombre d'acteurs impliqués dans la prévention. Que ce soit pour améliorer les habiletés sociales ou pour prévenir la consommation de psychotropes, les intervenants semblent sensibles à l'influence mutuelle de ces deux problématiques. Or, si quelques études ont investigué la relation entre la consommation de psychotropes et les habiletés sociales chez les jeunes, peu se sont spécifiquement intéressées à cette association chez les jeunes d'âge scolaire primaire. De plus, parmi les différentes études recensées, aucune n'a contrôlé l'ensemble des covariables reconnues pour avoir une influence sur l'association entre les deux variables à l'étude : l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et la supervision parentale. Qui plus est, rares sont les études qui ont cherché à identifier laquelle ou lesquelles habiletés sociales étaient les plus associées à la consommation de psychotropes avant l'âge de 12 ans.

L'objectif de la présente étude est donc d'identifier, au-delà du sexe, de l'âge, du statut socioéconomique et de la supervision parentale, quelles habiletés sociales, entre la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et l'empathie, sont associées à la consommation de psychotropes chez des enfants âgés de 10 à 12 ans.



L'échantillon provient de l'étude de Laventure (2009) dont l'objectif était de décrire l'initiation précoce à la consommation de psychotropes chez les élèves d'âge scolaire primaire, les caractéristiques personnelles, familiales et sociales des élèves initiés, ainsi que le contexte de cette initiation. L'échantillon est composé de 481 enfants (276 filles), âgés, en moyenne, de 11,1 ans (é.t. 0.69) et est divisé en deux sous-groupes, selon que l'enfant se soit initié ( $n=111$ ) ou non ( $n=370$ ) à la consommation de psychotropes. Ils proviennent de douze écoles du Québec situées dans trois régions distinctes.

Pour déterminer, parmi les habiletés sociales significativement associées aux enfants « consommateurs », celles ou la combinaison de quelles sont plus fortement associées au phénomène de consommation à la préadolescence, deux régressions logistiques binaires hiérarchiques ont été retenues. Les résultats obtenus démontrent bien que les variables que sont l'âge et la supervision parentale sont associées à la consommation de psychotropes. Or au-delà de ces deux variables, les habiletés sociales et principalement la coopération sont également associées à la consommation de psychotropes à la préadolescence. Il est donc possible de supposer qu'un enfant ayant un score faible à l'une ou l'autre des échelles d'habiletés sociales risquerait davantage de consommer des psychotropes. L'amélioration en qualité des différentes habiletés sociales évaluées dans la présente étude soit l'empathie, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et surtout la coopération permettraient, sans doute, aux jeunes de retarder le début de sa consommation. Ainsi, considérant les résultats obtenus, les programmes de prévention de la toxicomanie offerts aux enfants d'âge scolaire primaire devraient, sans doute, être adaptés à l'âge des jeunes ciblés. De plus, il semble plus que pertinent de considérer la participation de la famille dans les programmes de prévention en toxicomanie. Enfin, les programmes actuels de prévention de la toxicomanie qui ciblent l'acquisition et l'augmentation des habiletés sociales seraient des pratiques à recommander. En effet, considérant le fait qu'une approche trop axée sur les psychotropes à la préadolescence peut entraîner des effets iatrogènes, débiter par le développement de bonnes habiletés sociales apparaît comme une pratique moins risquée et prometteuse pour diminuer ou du moins, retarder l'initiation aux psychotropes.

Sur le plan de la généralisation des résultats, notons certaines limites de notre étude. En effet, bien qu'il soit reconnu que l'enfant est un répondant fiable lorsqu'il s'agit de documenter sa consommation de psychotropes, peu importe son âge et la qualité des habiletés sociales, le bas âge des enfants (10-11-12 ans) de l'échantillon pourrait apporter certaines limites quant à l'évaluation des caractéristiques familiales. De plus, le devis transversal de l'étude ne permet l'établissement de liens causaux. Est-ce que les faibles habiletés sociales

précipitent l'enfant dans la consommation de psychotropes ou sa consommation de psychotropes qui lui amènent de faibles habiletés sociales? Cette étude ne permet pas de répondre à cette question, qui avait également été soulevée par les auteurs des études recensées. Par conséquent, dans les études futures, il serait pertinent, d'inclure, outre le jeune lui-même, ses parents comme répondants pour ainsi améliorer l'évaluation des caractéristiques personnelles et familiales du préadolescent et de considérer un devis de recherche longitudinal.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PAGE TITRE.....</b>	<b>1</b>
<b>IDENTIFICATION DU JURY.....</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES SCHÉMAS ET TABLEAUX.....</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>8</b>
<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>9</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
1. Consommation de psychotropes et habiletés sociales.....	14
2. Objectif de l'étude.....	17
3. Méthodologie.....	17
3.1. Participants.....	17
3.2. Déroulement de la collecte de données.....	18
3.3. Variables et instruments de mesure.....	19
3.3.1. Consommation de psychotropes chez l'enfant.....	19
3.3.2. Habiletés sociales.....	19
3.3.3. Âge et sexe.....	20
3.3.4. Statut socioéconomique.....	20
3.3.5. Supervision parentale.....	21
3.4. Analyses.....	21
4. Résultats.....	21
4.1. Les variables de contrôle.....	21
4.2. Les habiletés sociales.....	22
4.3. Les habiletés sociales en lien avec la consommation de psychotropes... ..	23
5. Discussion et conclusion.....	26
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE A - NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE CIBLÉE... ..</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE B - CONFIRMATION DE SOUMISSION À LA REVUE.....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE C - PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE, MÉTHODOLOGIE DE RECENSION DES ÉTUDES ET RECENSION DES ÉTUDES.....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE D - GRILLES DE RECENSION.....</b>	<b>58</b>

## LISTE DES SCHÉMAS ET TABLEAUX

Schéma 1 - Illustration de la relation liant les habiletés sociales et la consommation de psychotropes à la préadolescence. ....	15
Tableau 1 - Caractéristiques personnelles et familiales associées à la consommation de psychotropes chez les préadolescents. ....	22
Tableau 2 - Habiletés sociales associées à la consommation de psychotropes chez les préadolescents. ....	23
Tableau 3 - Corrélations entre les variables à l'étude. ....	24
Tableau 4 - Habiletés sociales et variables associées à l'initiation précoce aux psychotropes. ....	25

## REMERCIEMENTS

Je veux tout d'abord remercier sincèrement ma directrice de recherche, madame Myriam Laventure, professeure au Département de psychoéducation, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour et pour avoir partagé généreusement son expertise et ses connaissances. Je veux aussi souligner le soutien et la disponibilité qu'elle a eue durant ces deux dernières années, ce qui m'a permis de réaliser ce projet de recherche. Merci beaucoup!

Je veux spécialement remercier mon conjoint pour avoir su m'encourager dans les moments plus difficiles, m'avoir permis de croire en mes capacités et m'avoir fait découvrir tout mon potentiel tout au long de mes études universitaires. Je veux aussi le remercier pour la patience qu'il a eue pour subir mon anxiété et mes grandes préoccupations lors des périodes mouvementées de mon parcours universitaire. Merci!

Merci aux membres de ma famille, tout spécialement à ma mère, qui m'a supportée et encouragée tout au long de ma vie, et ce, avec beaucoup de sympathie. Je voudrais aussi la remercier pour sa qualité de correctrice et tout le temps qu'elle m'a offert pour améliorer grandement la qualité de mes travaux scolaires. Merci!

Finalement, la réalisation de ce mémoire a aussi été rendue possible grâce à une bourse d'étude du deuxième cycle, soit celle du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada.



## AVANT-PROPOS

Suivant les directives de la Faculté d'éducation pour le mémoire de maîtrise par article, l'article qui suit a été soumis à la *Revue canadienne des sciences du comportement* précédemment le dépôt du mémoire pour son évaluation. L'annexe A présente les directives de publications de la revue visée et l'annexe B contient la preuve de soumission à la revue. Les résultats divulgués dans cet article n'ont jamais été présentés dans une publication antérieure et la coauteure a donné son accord pour qu'ils soient publiés.

L'auteure de ce mémoire en est la première auteure et a effectué le travail à partir de la planification de la collecte de données jusqu'à la conceptualisation et la réalisation du mémoire. Madame Myriam Laventure a été coauteure de cet article pour sa contribution à la conceptualisation du projet de recherche et à l'évaluation du mémoire.

L'article a été rédigé selon les directives de publication de la revue ciblée. Cependant, pour le mémoire, il est présenté sous une forme manuscrite, c'est-à-dire que les tableaux et les figures ont été insérés aux endroits appropriés dans le texte. À titre informatif, la problématique à l'étude, la méthodologie de recension et la recension des différentes études consultées sont présentées en annexe C, les résumés des articles retenus sont pour leur part présentés en annexe D.

L'article a été soumis à la *Revue canadienne des sciences du comportement* le 14 mai 2010.



**Date:** Fri, 14 May 2010 10:12:40 -0400 (EDT)

**De:** JKarp@apa.org

**À:** genevieve.charest2@usherbrooke.ca

**Objet:** Manuscript Submitted - CJBJS

*Ce message a été écrit dans un autre jeu de caractères que le votre. S'il n'est pas affiché correctement, cliquez ici pour l'ouvrir dans une nouvelle fenêtre.*

Dr. Charest-

Nous accusons réception de votre article intitulé: Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des adolescents. Cet article a reçu le numéro 2010-0044. Nous sollicitons l'évaluation d'experts reconnus dans le domaine de votre étude et vous informerons des suites accordées à votre article, dès que nous aurons reçu ces évaluations.

Afin de recevoir un courriel décrivant l'historique de votre manuscrit, cliquez sur le lien plus bas et entrez votre nom de famille comme nom d'utilisateur « username » et le numéro de votre manuscrit comme mot de passe « password » .

Nous vous remercions d'avoir fait appel à la Revue canadienne des sciences du comportement.

Très cordialement

Michel Claes  
Éditeur adjoint  
Revue canadienne des sciences du comportement

Lien historique:

[http://www.jbo.com/jbo3/dsp\\_checkhistory.cfm?journal\\_code=cbs&language=french](http://www.jbo.com/jbo3/dsp_checkhistory.cfm?journal_code=cbs&language=french)

## Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des préadolescents

### Résumé

La présente étude a pour objectifs de vérifier l'association entre la qualité des habiletés sociales et la consommation de psychotropes chez les enfants de 10-11-12 ans. L'échantillon est composé de 481 enfants (276 filles), âgés, en moyenne, de 11,1 ans (é.t. 0.69). Parmi ces enfants, 111 se sont déjà initiés aux psychotropes alors que 370 sont considérés comme étant non-consommateurs. Les habiletés sociales à l'étude sont la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et l'empathie. Tel que recommandé dans la littérature, l'association entre ces habiletés sociales et la consommation de psychotropes à la préadolescence est étudiée en considérant l'âge et le sexe de ces enfants et de la supervision parentale. Les résultats indiquent, au-delà de l'âge de l'enfant et de la qualité de la supervision parentale, une association entre la consommation de psychotropes et les différentes habiletés sociales chez les préadolescents, principalement la coopération. Ces résultats soutiennent l'utilisation d'une intervention adaptée et multimodale.

Mots clés : Consommation de psychotropes, préadolescents, habiletés sociales

### Substance use and social skills in preadolescent

### Abstract

The purpose of this study is to check the association between social skills and substance use among children between 10 and 12 years old. Participants are 481 children (276 girls), older, on average, 11.1 years (s.d. 0.69). In this sample, 111 children used tobacco, alcohol or drugs, while 370 did not. The social skills in the study were cooperation, assertiveness, selfcontrol and empathy. As recommended in the literature, the association between these social skills and psychotropic drug use in adolescence is studied by considering the age and sex of these children and parental supervision. The results indicate, beyond the age of the child and quality of parental supervision, an association between the consumption of psychotropic and different social skills among pre-adolescents, mainly cooperation. These results support the use of appropriate intervention and multimodal

Keywords: tobacco use, alcohol use, drugs use, preadolescent, social skills

## INTRODUCTION

L'initiation aux psychotropes<sup>1</sup> se fait plus fréquemment à l'adolescence et au début de l'âge adulte et pourtant certains jeunes vont s'initier à la nicotine, à l'alcool et au cannabis dès l'enfance (Oxford, Harachi, Catalano et Abbott, 2000). Au Québec, il est évalué que 20% des jeunes se sont initiés à la cigarette avant l'âge de 12 ans (Camirand, 1996; Vitaro et Carbonneau, 2003). De plus, dans leur enquête provinciale, Morissette, Dedobbeleer et Viger (2002) rapportent que 25% des jeunes de neuf ans ont déjà consommé de l'alcool principalement lors d'occasions spéciales. Or, parmi ces enfants consommateurs, 2,8% consommeraient de l'alcool tous les mois (Morissette *et al.*, 2002). Dans le groupe d'enfants de 9 ans de cette même enquête, 2% rapportent faire usage de cannabis (Morissette *et al.*, 2002).

Une initiation précoce aux psychotropes peut se définir comme étant l'expérimentation d'une substance psychoactive, telle que le tabac, l'alcool et le cannabis, avant l'âge de 12 ans. Cette consommation est considérée comme précoce, puisqu'elle survient avant la puberté, phase durant laquelle l'enfant apprendra à modeler ses comportements, ses attitudes et ses perceptions. Durant cette même période, l'enfant adoptera des conduites adéquates ou inadéquates, selon l'influence résultant de son choix des différents groupes auxquels il adhère, soit la famille, les pairs et l'école (Clark, Cornelius, Kirisci et Tarter, 2005 ; Sung, Erkanli, Angold et Costello, 2003).

Or, pour être acceptés et appréciés de leurs pairs, les jeunes doivent posséder des qualités interpersonnelles comme être amical, enjoué, amusant et naturel (Arnett, 2001). La possession de bonnes habiletés sociales augmente alors le succès au plan social (Arnett, 2001). Donohue, Van Hasselt, Hersen et Perrin (1998) identifient comme étant des habiletés sociales la coopération, la participation à des activités sociales, savoir demander et donner des informations et percevoir les émotions des autres. Gresham et Elliot (1990), eux, dénotent cinq catégories d'habiletés sociales : la coopération, l'affirmation de soi, l'empathie, l'autocontrôle et la responsabilité. Parmi ces différentes habiletés, certaines peuvent être évaluées à la fois par la personne elle-même ou par une tierce personne observatrice (coopération, affirmation de soi, autocontrôle), tandis que d'autres catégories ne peuvent être

---

<sup>1</sup> Les psychotropes peuvent agir sur le psychisme comme stimulants, comme calmants ou comme perturbateurs (Santé Canada, 2000). Ces substances psychoactives ont pour effet d'altérer l'humeur, les perceptions, les facultés, la conscience ou le comportement général de l'individu (Collin, 2006). La cigarette, la caféine, l'alcool, les drogues illégales et plusieurs substances médicamenteuses sont des psychotropes.



évaluées que par la personne elle-même (empathie) ou par une tierce personne (responsabilité) (Gresham, Elliot, 1990).

Pour les auteurs, l'évaluation d'indices comportementaux tels que suivre les consignes de son enseignant ou bien réagir à la critique d'autrui permet de statuer sur la qualité des habiletés sociales et permet également de prédire l'acceptation ou le rejet social. Par exemple, Desbiens, Royer, Fortin et Bernard (1998) observent que les enfants qui ont de la difficulté à entrer en relation avec les autres, qui présentent des comportements dérangeants perturbant la classe ou qui manifestent de l'agressivité, sont considérés comme des enfants ayant de faibles habiletés sociales et sont plus sujets à vivre du rejet social.

La consommation de psychotropes est depuis longtemps reconnue pour être associée à des problèmes de comportements, qui eux aussi sont associés au rejet de l'enfant par les pairs prosociaux (Vitaro, Carbonneau, Gosselin, Tremblay et Zoccolillo, 2000) et à la fréquentation de pairs consommateurs (Fortin, Royer, Marcotte, Potvin, Joly, 2001; Vitaro et Carbonneau, 2003; Vitaro *et al.*, 2000). Inversement, un jeune qui présente de faibles habiletés sociales est reconnu pour être plus enclin à l'influence des pairs (Fortin *et al.*, 2001) particulièrement à celle des pairs déviants (Vitaro et Carbonneau, 2003) qui à son tour est reconnu pour influencer la consommation de psychotropes (Fortin *et al.*, 2001). En ce sens, plusieurs auteurs associent la consommation de psychotropes, avant la puberté, à des difficultés sur le plan social (Kuperman, Chan, Kramer, Bierut, Bucholz, Fox, Hesselbrock, Nurberger, Reich, Reich, Schuckit, 2005; Lambert, 2005). Le développement de cette relation, soit la consommation et les faibles habiletés sociales avant la puberté pourrait alors avoir d'importantes répercussions sur l'adaptation personnelle et sociale ultérieure des enfants, tels que la délinquance (Vitaro et Carbonneau, 2003), les échecs scolaires (Fortin *et al.*, 2001), la démotivation scolaire (Vitaro *et al.*, 2000) et une consommation persistante et plus nocive dans le futur (Vitaro et Carbonneau, 2003).

Les risques encourus par la présence de consommation de psychotropes et par la présence de problèmes sociaux avant la puberté ont d'ailleurs déjà alarmé bon nombre d'acteurs impliqués dans la prévention. En effet, au cours des dernières années, sont apparus, entre autres dans les milieux scolaires primaires, des programmes ciblant soit l'amélioration des habiletés sociales chez les plus jeunes, soit la prévention de la consommation de psychotropes chez les plus âgés. Que ce soit pour améliorer les habiletés sociales ou pour prévenir la consommation de psychotropes, les intervenants semblent sensibles à l'influence mutuelle de ces deux problématiques. À ce titre, en travaillant l'amélioration des habiletés sociales, les intervenants visent à prévenir le développement de différentes difficultés

d'adaptation sociale, dont la consommation de psychotropes (Botvin et Griffin, 2004 ; Comeau, 1999). L'inverse est aussi vrai, puisque dans la plupart des programmes de prévention en toxicomanie, les intervenants insistent sur le développement d'habiletés sociales (Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais, 2005; Dufour, 1996; Vitaro *et al.*, 2000). Or, bien que les acteurs des milieux de pratique accordent une importance à l'association de ces deux problématiques, qu'en disent les chercheurs?

## 1. CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET HABILETÉS SOCIALES

Des auteurs tentent d'expliquer le développement de la consommation chez les jeunes qui ont de faibles habiletés sociales par la présence d'un « cercle vicieux » (Desbiens, *et al.*, 1998; Vitaro et Carbonneau, 2003) (voir schéma 1). En effet, pour ces auteurs, un enfant qui présente initialement des lacunes sur le plan social (1) serait difficilement accepté et apprécié par des pairs prosociaux (2). Ce premier rejet serait pour certains, le début d'un processus d'exclusion sociale. L'absence d'habiletés sociales entraînerait le rejet des pairs prosociaux qui à son tour minimiserait les occasions d'acquisition de bonnes habiletés sociales (3) et parfois le développement de problèmes de comportement (Fortin *et al.*, 2001; Vitaro et Carbonneau, 2003). Par la suite, l'enfant tout de même à la recherche d'un réseau de pairs (4) risquerait davantage de s'affilier à des amis n'ayant pas de meilleures habiletés sociales que lui-même (5). La relation d'amitié deviendrait alors une relation « utilitaire » basée sur leurs affinités comportementales (éviter la solitude, recherche des similitudes). Le risque de s'affilier à des pairs déviants ou marginaux serait alors accru, ainsi que le risque d'augmenter le déficit au plan de ses habiletés sociales (Vitaro et Carbonneau, 2003).

Cette association « utilitaire » est d'ailleurs reconnue pour augmenter, entre autres, le risque d'influence négative et de consommation de psychotropes (6) (Vitaro et Carbonneau, 2003). Ainsi, un jeune qui consomme et qui a des comportements déviants diminue d'autant plus ses chances d'acquérir de bonnes habiletés sociales (7) (Fortin *et al.*, 2001). Cette théorie du « cercle vicieux » appuie l'hypothèse qu'un jeune présentant de faibles habiletés sociales sera plus à risque de débiter tôt une consommation de psychotropes (Vitaro et Carbonneau, 2003).



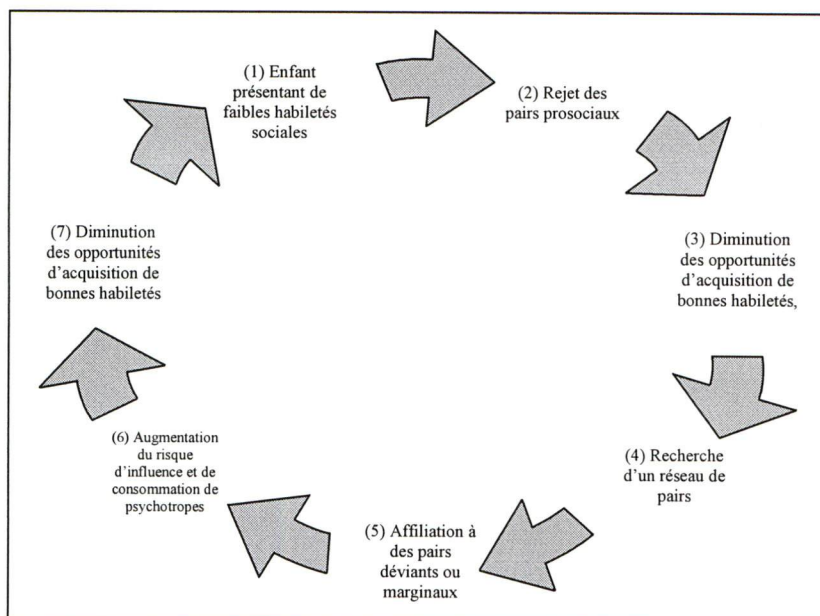


Schéma 1. Illustration de la relation liant les habiletés sociales et la consommation de psychotropes à la préadolescence

En ce sens, les études recensées tendent à confirmer l'existence d'un lien entre les habiletés sociales et la consommation de psychotropes chez les préadolescents (Barkin, Smith et Durant, 2002; Galliher, Evans et Weiser, 2007; Greene, Biederman, Faraone, Wilens, Mick et Blier, 1999 ; Pandina, Labouvie, Johnson et White, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002). D'une part, les résultats des études indiquent que la capacité à refuser les offres de consommer, thème de recherche exploré par Barkin *et al.*, 2002 et par Galliher *et al.*, 2007, permettrait de prédire une consommation de psychotropes moindre. En ce sens, l'acquisition d'un sentiment d'efficacité chez l'enfant prédit la non-expérimentation de drogues. Ainsi, la capacité de ce dernier à refuser, « *dire non* » serait négativement associée à l'expérimentation de drogues (Galliher *et al.*, 2007).

D'autre part, de faibles habiletés d'autocontrôle, comme ne pas ignorer les autres qui dérangent, argumenter lors de désaccord, pourraient prédire le début et l'escalade de la consommation de psychotropes chez les enfants (Wills et Stoolmiller, 2002). Ainsi, lorsqu'un enfant présente un faible autocontrôle, il serait plus à risque de consommer tôt différentes substances et d'avoir, au fil du temps, une consommation plus fréquente voire, plus problématique (Wills et Stoolmiller, 2002).

Or, des liens causaux ou directs entre ces différentes habiletés sociales et la consommation de psychotropes ne peuvent être faits. En effet, certaines caractéristiques



personnelles et familiales sont reconnues dans la littérature pour être associées ou pour interférer dans la relation associant les habiletés sociales et la consommation de psychotropes à l'enfance. C'est le cas pour le sexe de l'enfant. Ainsi, le fait d'être un garçon augmenterait les probabilités de faire l'usage de psychotropes (Barkin *et al.*, 2002 ; Greene *et al.*, 1999). Dans le même ordre d'idées, à âge égal, un garçon aurait de moins bonnes habiletés sociales qu'une fille (Pandina *et al.*, 1990). Parlant d'âge, le fait de vieillir serait reconnu comme augmentant les risques de consommer des psychotropes (Greene *et al.*, 1999 ; Kaminer et Tarter, 2004; Wills et Stoolmiller, 2002). Or, le fait de vieillir est également reconnu comme permettant à l'individu d'améliorer et de perfectionner ses habiletés sociales (Pandina *et al.*, 1990 ; Wills et Stoolmiller, 2002). Ainsi, que ce soit comme facteur de risque ou comme facteur de protection, le fait de vieillir semble fortement lié à la consommation de psychotropes et aux habiletés sociales.

Greene *et al.* (1999) soulignent que le niveau socioéconomique serait une variable à contrôler lorsque vient le temps d'étudier le lien entre les habiletés sociales et la consommation de psychotropes. Les enfants provenant de famille ayant un faible statut socioéconomique vivraient davantage d'adversités sociales (pauvreté, faible scolarisation, logement de piètre qualité, quartier défavorisé, exclusion sociale, sans emploi, etc.) (Gardner, Barajas et Brooks-Gunn, 2010; Martin, Dos Santos, Pillon, 2008). Selon Greene *et al.* (1999), le degré d'adversité sociale influencerait les variables mesurées que sont les habiletés sociales et la consommation de psychotropes. Pour ces auteurs, plus le statut socioéconomique serait faible et plus l'enfant aurait de chance d'avoir de faibles habiletés sociales et de débiter tôt une consommation de psychotropes.

Certains facteurs familiaux seraient en lien avec les habiletés sociales et la consommation de psychotropes. C'est le cas pour la supervision parentale et la présence de conflits entre les parents et l'enfant qui influenceraient directement la capacité d'autocontrôle de l'enfant et ainsi, précipiteraient, retarderaient ou éviteraient la consommation de psychotropes chez celui-ci (Wills et Stoolmiller, 2002). Pour ces auteurs, un enfant développerait davantage sa capacité d'autocontrôle lorsque les parents assurent une supervision parentale de qualité et adaptée à l'âge du jeune et entretiennent des relations basées sur le respect mutuel. Soulignons que ces caractéristiques familiales sont également reconnues pour être associées au retardement de la consommation de psychotropes chez les jeunes (Lussier et Laventure, 2009).

En somme, à la préadolescence, les habiletés sociales et la consommation de psychotropes seraient intimement liées. Selon les différentes études recensées, d'autres

facteurs soit personnels (sexe et âge), soit familiaux (statut socioéconomique et supervision parentale) seraient en lien avec les variables à l'étude. Il est, toutefois, difficile d'aller plus loin dans l'interprétation spécifique des différentes études consultées, le nombre d'études spécifiques à la préadolescence étant limité, les échantillons difficilement comparables entre eux (Greene *et al.*, 1999; Pandina *et al.*, 1990 ; Wills et Stoolmiller, 2002) et les habiletés sociales étudiées différentes d'une étude à l'autre (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007; Greene *et al.*, 1999; Pandina *et al.*, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002). Or, si certains auteurs avancent l'idée de contrôler certaines variables, dans les faits, aucune étude n'a contrôlé l'ensemble de ces variables.

## 2. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de la présente étude est donc d'identifier, au-delà du sexe, de l'âge, du statut socioéconomique et de la supervision parentale, quelles habiletés sociales parmi la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et l'empathie sont associées à la consommation de psychotropes chez des enfants âgés de 10 à 12 ans.

## 3. MÉTHODOLOGIE

### 3.1 Participants

Les participants du présent projet proviennent de l'étude de Laventure (2009) visant à décrire l'initiation précoce à la consommation de psychotropes, les caractéristiques qui y sont associées et les contextes d'initiation chez des élèves québécois âgés de 10, 11 et 12 ans. L'échantillon est composé de 481 enfants (276 filles), âgés, en moyenne, de 11,1 ans (é.t. 0.69). Ils proviennent de douze écoles du Québec situées dans trois régions distinctes. Les régions ont d'abord été choisies afin de représenter à la fois le milieu urbain et rural. Les écoles ont, quant à elles, été sélectionnées en fonction de leur mission (classes régulières) et du degré « moyen » de leur indice de *défavorisation*<sup>2</sup>, tel que reconnu par le Ministère de

---

2 Le MELIS calcule annuellement deux indices de défavorisation pour les écoles des 69 commissions scolaires du Québec. Les données utilisées pour établir les indices de défavorisation sont tirées du recensement canadien. Dans la présente étude, le seuil retenu est celui du faible revenu qui mesure la proportion de familles vivant autour ou sous le seuil de faible revenu, dans une région scolaire donnée. Les seuils de défavorisation peuvent varier de 1 à 10, un score élevé indiquant un haut niveau de défavorisation. Dans la présente étude, les écoles choisies présentaient, en 2007-2008, un score variant de 5 à 7.



l'Éducation des Loisirs et du Sport du Québec. Le taux de participation à l'étude se situe à 71%, les principales raisons justifiant le refus de participer réfèrent au non-consentement des parents ou à l'oubli de rapporter le formulaire de consentement. Aucune différence n'est observée entre l'indice de défavorisation des écoles et les enfants ayant ou non participé à l'étude [ $\chi^2=6,14$ , (3), *n.s.*]. Toutefois, une relation est observée entre le sexe des enfants ayant accepté ou non de participer à l'étude. Ainsi, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à avoir refusé de participer à l'étude [ $\chi^2=3,78$ , (1),  $p<0,05$ ]. Au besoin, cette différence devra être considérée lors de l'interprétation des résultats.

Afin d'identifier les habiletés sociales associées à l'initiation aux psychotropes à la préadolescence, les enfants de l'échantillon ont été divisés en deux groupes : les « non consommateurs » et les « consommateurs ». La formation de ces groupes repose sur les informations recueillies à l'aide du questionnaire conçu pour l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (voir la section sur les mesures). Les enfants intégrés dans le groupe « non consommateurs », ne devaient pas avoir consommé de cigarette et de cannabis et s'ils avaient déjà consommé de l'alcool cela devait être en présence d'un parent, à quelques reprises uniquement (une ou deux fois seulement)<sup>3</sup>. Les enfants intégrés dans le groupe « consommateurs » devaient, pour leur part, avoir déjà une fois ou plus consommer la cigarette ou de l'alcool (sans la présence d'un parent ou avec un parent, mais de manière répétée) ou du cannabis. Le premier groupe, constitué d'enfants « non consommateurs » aux psychotropes, comprend 76,9% des participants de l'échantillon (dont 59,2% de filles) âgés en moyenne de 11,0 ans (é.t. 0,7). Le second groupe, constitué d'enfants « consommateurs », représente 23,1% (dont 51,4% de filles) âgés en moyenne de 11,3 ans (é.t. 0,7).

### **3.2 Déroulement de la collecte de données**

Pour obtenir le consentement des parents, un feuillet explicatif (objectifs de l'étude, modalités entourant la passation des protocoles de recherche) et un formulaire d'autorisation ont été envoyés à l'ensemble des parents des élèves des écoles participantes. Seuls les enfants consentants et ayant reçu l'autorisation parentale ont pu participer à la collecte de données en classe.

---

<sup>3</sup> Cette façon de créer le groupe des « non consommateurs » a été réfléchi afin de tenir compte de la gravité de l'initiation faite par l'enfant. À la préadolescence, le fait qu'un enfant s'initie à une consommation d'alcool avec ses parents lors de festivités, ne peut être considéré avec autant de gravité qu'un enfant qui s'initie à la cigarette ou le cannabis à l'insu de son parent. Sur ce point, il est à souligner que dans la présente étude aucun enfant n'a rapporté s'être initié à la cigarette ou au cannabis en présence de leur parent.

La collecte de données s'est déroulée dans les différentes classes entre les mois d'avril 2007 et mai 2009. Pour ce faire, des intervieweurs formés se sont présentés dans les groupes classes. Une fois les protocoles de recherche remis à chacun des élèves participants, ces derniers étaient invités à remplir les différents questionnaires de façon individuelle. Les élèves étaient alors assurés d'une entière confidentialité. La collecte de données était d'une durée approximative de 75 minutes.

### **3.3 Variables et instruments de mesure**

#### *3.3.1 Consommation de psychotropes de l'enfant*

La consommation de psychotropes a été documentée auprès de l'enfant lui-même à l'aide d'un questionnaire conçu pour l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (Statistiques Canada, 1996). Bien que ce questionnaire existe également sous forme d'entrevue avec l'enfant, la version utilisée dans cette étude est auto rapportée. Cet outil comporte douze questions visant à documenter la consommation de plusieurs psychotropes (cigarette, alcool, cannabis, autres drogues illicites) par le jeune. Ce questionnaire permet de recueillir des données à propos de l'usage de psychotropes (oui/non), la nature du psychotrope consommé, la fréquence de la consommation (une seule fois, quelques fois par année, une ou deux fois par mois, une ou deux fois par semaine ou tous les jours), la quantité (quelques gorgées, un verre), si le jeune s'est déjà saoulé (âge, fréquence), l'âge d'initiation, avec qui la consommation a eu lieu, ainsi que le nombre d'amis consommateurs pour chacun des psychotropes consommés. Seulement les données en lien avec la nature, la fréquence de la consommation et avec qui la consommation a eu lieu ont été utilisées dans cette étude pour créer notre variable dichotomique (voir la section des participants).

#### *3.3.2 Habiletés sociales*

Les habiletés sociales ont été documentées à l'aide de la version française du *Social Skills Rating System* (Gresham et Elliot, 1990). La traduction du questionnaire de l'anglais au français a été réalisée en 1993 par un groupe d'experts spécialisés en matière de difficultés d'adaptation. Ce questionnaire comprend trois échelles, soit une échelle d'habiletés sociales, une de compétences académiques et une sur les problèmes de comportement. Pour la présente étude, seule l'échelle évaluant les habiletés sociales a été utilisée auprès de l'enfant. Le

questionnaire est composé de 34 items à répondre à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 0 (jamais) à 2 (souvent). L'échelle d'habiletés sociales se divise en quatre sous échelles qui mesurent la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et l'empathie des élèves. Enfin, le questionnaire permet également d'établir un score total permettant de comparer l'enfant, son rang centile, à la population générale du même groupe d'âge. La cohérence interne des différentes échelles du questionnaire pour enfants est bonne, les alphas de Cronbach varient entre 0,73 et 0,83. Le questionnaire possède une fidélité test-retest (délai de 4 semaines) de 0,68 (Gresham et Elliot, 1990). Sa validité de contenu a été vérifiée et elle est considérée comme très bonne, les énoncés étant considérés comme très pertinents par les enseignants (Fortin *et al.*, 2001; Gresham et Elliot, 1990). Les scores obtenus aux différentes sous échelles et à l'échelle globale d'habiletés sociales seront traités dans les analyses statistiques comme des variables continues.

### 3.3.3 Âge et sexe

Les données nominatives des enfants ont été obtenues auprès de l'élève lui-même. L'âge est traité comme une variable continue, tandis que le sexe (garçon/fille) est une variable dichotomique.

### 3.3.4 Statut socioéconomique

Le questionnaire utilisé pour mesurer le statut socioéconomique est inspiré de l'Enquête sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-George, 1998). L'addition du type d'habitation dans lequel l'enfant vit [maison unifamiliale (0), appartement (1), coopérative d'habitation (2)], du fait que le père et la mère travaillent ou non à l'extérieur de la maison [les deux parents travaillent (0), un seul parent travaille (1), aucun parent ne travaille (2)] et de l'indice de *défavorisation* du MELS [variant de 5 à 7] a permis d'estimer le niveau socioéconomique. Pour les analyses statistiques, cette variable a été traitée en variable continue, ainsi plus le score est élevé et plus le niveau socioéconomique est faible.



### 3.3.5 Supervision parentale

La supervision parentale a été évaluée auprès des enfants par la traduction française de l'*Alabama Parenting Questionnaire* (APQ). Élaboré par Frick (1991), ce questionnaire a été spécialement développé pour identifier la qualité des pratiques éducatives des parents auprès de l'enfant. L'APQ comporte 42 items. Une échelle de type Likert en cinq points, allant de « jamais » à « toujours », qui vise à mesurer cinq dimensions distinctes. Dans cette étude seule l'échelle de supervision parentale (10 items) sera retenue. La cohérence interne de cette échelle est jugée satisfaisante ( $\alpha$  de 0,83) lorsque l'outil est autocomplété par les enfants âgés de 6 à 13 ans (Shelton, Frick et Wooton, 1996). Pour les analyses statistiques, cette variable est traitée en variable continue, ainsi plus le score est élevé plus la supervision parentale est faible.

## 3.4 Analyses

D'abord, des analyses préliminaires univariées (khi-carré, test t) comparant les enfants « non-consommateurs » et les enfants « consommateurs » ont été réalisées pour les différentes variables de contrôle (âge, sexe, problèmes de comportement, statut socioéconomique, qualité de la relation entre les parents et l'enfant, supervision parentale) et chacune des habiletés sociales des enfants (coopération, affirmation de soi, autocontrôle, empathie). Par la suite, pour déterminer, parmi les habiletés sociales significativement associées aux enfants « consommateurs », celles qui sont plus fortement associées au phénomène de consommation à la préadolescence, deux régressions logistiques binaires hiérarchiques ont été retenues.

## 4. RESULTATS

### 4.1 Les variables de contrôle

Les analyses préalables n'ont révélé aucune différence significative entre les enfants « non-consommateurs » et les enfants « consommateurs » en ce qui concerne le sexe et le statut socioéconomique, tel que vu dans le tableau 1. Toutefois, les enfants des deux sous-groupes présentent des différences significatives quant à leur âge et à la supervision parentale. Ces deux variables ont donc été contrôlées dans les analyses subséquentes.



Tableau 1  
Caractéristiques personnelles et familiales associées à la consommation de psychotropes chez les préadolescents

Variables de contrôle		Non-consommateurs (N=370)	Consommateurs (N=111)	$\chi^2$	t
Sexe	%	59%	51%	2,15	
	filles				
Âge	M	11,03 ans	11,25 ans		2,93*
	é.t.	0,7	0,7		
Statut socioéconomique	M	8,08	8,37		1,09
	é.t.	2,4	2,3		
Supervision parentale	M	5,66	9,15		5,82**
	é.t.	0,3	0,6		

\* p<0,01, \*\* p<0,001

#### 4.2 Les habiletés sociales

En ce qui concerne les habiletés sociales, dans un premier temps, les analyses univariées ont révélé des différences significatives entre les enfants « non consommateurs » et les enfants « consommateurs », tel que présenté dans le tableau 2. En effet, sur l'ensemble des échelles liées aux habiletés sociales, les jeunes « non-consommateurs » obtiennent de meilleurs scores que les jeunes « consommateurs ». Les cinq variables que sont la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle, l'empathie et le score total des habiletés sociales ont donc été introduites dans les analyses subséquentes.

Tableau 2  
Habilités sociales associées à la consommation de psychotropes chez les préadolescents

Habilités sociales		Non-consommateurs (N=354)	Consommateurs (N=106)	t
Coopération	M	16,34	14,44	5,24**
	é.t.	3,1	3,8	
Affirmation de soi	M	15,39	14,09	3,58**
	é.t.	3,1	3,7	
Autocontrôle	M	13,36	11,99	3,20**
	é.t.	3,6	4,4	
Empathie	M	17,10	15,42	4,65**
	é.t.	3,1	3,9	
Score total	M	62,28	55,89	4,54**
	é.t.	11,3	14,5	

\*\* p<0,001

#### 4.3 Les habiletés sociales en lien avec la consommation de psychotropes

Préalablement aux analyses de régression, des analyses de corrélations ont été réalisées permettant de vérifier les possibilités d'effet d'interaction. Les variables associées aux habiletés sociales étaient, telles qu'attendues fortement corrélées entre elles. En effet, dans le tableau 3, on remarque que le score total des habiletés sociales est très fortement corrélé à chacune des sous-échelles. Ce qui est tout à fait normal, puisque le total résulte de l'addition de ces sous-échelles. Pour cette raison, deux modèles de régression ont été testés, soit un premier intégrant les différentes variables de contrôle ainsi que le score total, relatif aux habiletés sociales. Le second modèle quant à lui, intégrait les variables de contrôle et les différents scores obtenus à l'ensemble des sous-échelles. Bien évidemment, les corrélations entre les différentes échelles des habiletés sociales sont élevées, ceci pourrait occasionner de la multicollinéarité. Aussi, pour évaluer les risques de multicollinéarité entre les quatre sous-échelles d'habiletés sociales quatre régressions linéaires ont été réalisées. Comme les risques révélés par ces analyses étaient moyens, les valeurs des régressions variant de 0,64 à 0,74, il a été décidé de poursuivre les analyses en intégrant les quatre sous-échelles d'habiletés sociales dans un même modèle. Cette décision est également motivée par l'objectif de la présente

étude visant précisément à identifier laquelle, ou lesquelles des habiletés sociales étaient les plus fortement associées à la consommation de psychotropes chez les préadolescents.

Tableau 3  
Corrélations entre les variables à l'étude

	Âge	Supervision	Coopération	Affirmation	Autocontrôle	Empathie	Score total
Âge		<b>0,18</b>	<b>0,05</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,04</b>	<b>0,05</b>	<b>0,01</b>
Supervision	<b>0,18</b>		<b>-0,35</b>	<b>-0,24</b>	<b>-0,25</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,33</b>
Coopération	<b>0,05</b>	<b>-0,34</b>		0,74	0,66	0,76	0,88
Affirmation	<b>0,04</b>	<b>-0,24</b>	0,74		0,80	0,73	0,92
Autocontrôle	<b>-0,04</b>	<b>-0,25</b>	0,66	0,80		0,70	0,89
Empathie	<b>0,05</b>	<b>-0,33</b>	0,76	0,73	0,70		0,89
Score total	<b>0,01</b>	<b>-0,33</b>	0,88	0,92	0,90	0,89	

L'ensemble des autres variables, présentant des corrélations variant de 0,01 à 0,60 a été introduit dans le modèle. Dans un premier temps, les variables de l'âge des enfants et les variables familiales ont été introduites dans l'équation de régression, considérant les différences observées au préalable entre les deux groupes.

La lecture du tableau 4 indique d'abord que l'âge et la supervision parentale sont associés à la consommation de psychotropes à la préadolescence. Ainsi, les enfants « consommateurs » de psychotropes sont, en moyenne, plus âgés que les enfants « non consommateurs » et bénéficient d'une moins bonne supervision parentale que les enfants « non-consommateurs ». À elles deux, ces variables expliquent 10,6% de la variance dans la consommation de psychotropes à la préadolescence (pseudo  $R^2$ ) et permettent de classer correctement 78,0% des jeunes de l'échantillon. Enfin, 98,4% des enfants « non-consommateurs » et 6,5% des enfants « consommateurs » sont bien classés par ce modèle.

La variable insérée dans la seconde étape du modèle 1, soit le score total obtenu à l'évaluation des habiletés sociales demeure significativement associée à la consommation de psychotropes au-delà de l'âge des enfants et de la qualité de la supervision parentale. L'ajout de cette variable permet tout de même d'expliquer 13,5 % de la variance, faisant faiblement augmenter de 2,9 % la valeur du pseudo  $R^2$  calculée à la première étape de l'analyse. À sa seconde étape, ce premier modèle permet toujours de classer correctement 78,0%, soit 98,1% des enfants « non-consommateurs » et 7,6% des enfants « consommateurs ».



À la deuxième étape du second modèle, les variables insérées sont la coopération, l'affirmation, l'autocontrôle et l'empathie. Ces trois dernières habiletés sociales, qui pourtant avaient été significativement associées à la consommation de psychotropes dans les analyses univariées précédentes, n'apparaissent plus, ici, comme étant significativement associées à la consommation de psychotropes. Toutefois, au-delà de l'âge des enfants et de la qualité de la supervision parentale, le niveau de coopération demeure significativement associé à la consommation de psychotropes. L'ajout de ces variables permet d'expliquer 14,8% de la variance, faisant augmenter de 4,2% la valeur du pseudo  $R^2$  calculée à la deuxième étape de l'analyse. À sa seconde étape, ce deuxième modèle permet de classer correctement 78,7% des enfants de l'échantillon, soit 97,8% des enfants « non-consommateurs » et 12,0% des enfants « consommateurs ».

Tableau 4  
Habiletés sociales et variables associées à l'initiation précoce aux psychotropes

Étape de régression – Modèle · variable entré dans l'équation	$\chi^2$	Pseudo $R^2$	$\beta$ (e.t.)	Wald (d.l.= 1)	Exp.( $\beta$ )
<b>Étape 1</b>	29,73***	10,6%			
· Âge			0,36 (0,18)	4,10	1,44**
· Supervision parentale			0,10 (0,02)	20,89	1,10***
<b>Étape 2 – Modèle 1</b>	38,25***	13,5 %			
· Âge			0,42(0,18)	5,30	1,53*
· Supervision parentale			0,08(0,02)	12,21	1,08***
· Score total des habiletés sociales			-0,03(0,01)	8,66	0,97**
<b>Étape 2 – Modèle 2</b>	42,14***	14,8%			
· Âge			0,47(0,19)	6,38	1,60**
· Supervision parentale			0,07(0,02)	10,53	1,08***
· Coopération			-0,12(0,06)	3,84	0,88*
· Affirmation			-0,04(0,07)	0,28	0,96
· Autocontrôle			0,05 (0,06)	0,67	1,05
· Empathie			-0,02(0,06)	0,06	0,98

\* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

## 5. DISCUSSION ET CONCLUSION

Bien que certaines études se soient penchées sur la relation entre la consommation de psychotropes et les habiletés sociales chez les jeunes (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007; Greene *et al.*, 1999 ; Jackson *et al.*, 1997; Pandina *et al.*, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002 ; Wills *et al.*, 1995), la plupart d'entre elles restent limitées. En effet, si quelques études ont investigué cette question, peu se sont spécifiquement intéressées à cette association chez les jeunes d'âge scolaire primaire. De plus, parmi les différentes études recensées, rares sont celles qui contrôlent un ensemble de covariables reconnues pour avoir une influence sur l'association entre les deux variables à l'étude : l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et la supervision parentale. Qui plus est, rares sont les études qui ont cherché à identifier laquelle ou lesquelles facettes spécifiques aux habiletés sociales étaient le plus associées à la consommation de psychotropes avant l'âge de 12 ans. La présente étude a donc pour originalité de chercher à identifier quelles habiletés sociales sont associées à la consommation de psychotropes chez des enfants âgés de 10 à 12 ans, tout en contrôlant les variables personnelles et familiales possiblement intermédiaires.

Cela représente un apport important dans la compréhension de cette problématique puisqu'ainsi cette étude permet de mettre en contexte la relation entre les habiletés sociales et la consommation de psychotropes à la préadolescence. Ainsi, quelles sont réellement les variables qui ont une influence directe dans la relation ou qui y sont associées? Les résultats obtenus démontrent bien que les variables que sont l'âge et la supervision parentale sont associées à la consommation de psychotropes. Les résultats ont aussi permis de démontrer qu'au-delà de l'âge et de la qualité de la supervision parentale, le cumul des habiletés sociales et plus spécifiquement la coopération serait associée à la consommation de psychotropes à la préadolescence. Ainsi, les résultats obtenus permettraient d'identifier la coopération comme l'habileté sociale à travailler plus spécifiquement dans l'optique de prévenir la consommation précoce de psychotropes. Toutefois, comme le cumul des habiletés sociales est également ressorti comme étant significativement associé à la consommation de psychotropes, il semblerait que l'ensemble des habiletés à l'étude mériterait qu'on s'y attarde dans le cadre d'activités préventives.

Il est donc possible de supposer qu'un enfant ayant un score faible à l'une ou l'autre des échelles d'habiletés sociales risquerait davantage de consommer des psychotropes. L'amélioration de la qualité des différentes habiletés sociales évaluées dans la présente étude soit l'empathie, l'affirmation de soi, l'autocontrôle et surtout la capacité à coopérer,



permettrait, sans doute, aux jeunes de retarder le début de sa consommation. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par certains auteurs d'études recensées (Barkin *et al.*, 2002 ; Galliher *et al.*, 2007; Pandina *et al.*, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002; Wills *et al.*, 1995). Ainsi, les résultats de Galliher *et al.* (2007) et de Barkin *et al.* (2002), à l'effet qu'un enfant ayant de bonnes habiletés sociales sera plus outillé à refuser les offres de consommer, ce qui pourrait être comparé à la variable affirmation de soi de la présente étude, permettait de prédire une plus faible consommation de psychotropes. Selon Wills *et al.* (1995), un bon autocontrôle serait en lien avec la capacité de l'enfant à résister à la pression sociale de consommer des psychotropes. Enfin, en ce qui concerne le lien entre la coopération et la consommation de psychotropes à la préadolescence, il n'avait fait l'objet d'aucune étude recensée. Cette étude innove donc en démontrant que cette habileté, plus que les autres habiletés sociales, seraient à considérer dans la prévention de la consommation de psychotropes chez des préadolescents. Or, ce résultat concorde avec le modèle théorique proposé précédemment. En effet, la coopération, définie comme, la capacité d'un enfant à écouter attentivement les consignes et à y répondre adéquatement (Fortin *et al.*, 2001), peut sans doute favoriser l'alliance aux pairs prosociaux ou, au contraire, une absence de coopération pourrait être synonyme d'un manque de réciprocité et être associé au rejet de ceux-ci (Fortin *et al.*, 2001; Vitaro et Carbonneau, 2003). Qui plus est, si la relation entre pairs consommateurs peut être qualifiée « d'utilitaire » (Vitaro et Carbonneau, 2003), peut-être la coopération n'est-elle pas nécessaire à l'établissement de liens entre ces jeunes. La présence de consommation suffirait alors, à elle seule, à créer le sentiment d'appartenance à un groupe de pairs, sentiment recherché à la préadolescence (Thomassin, 2004).

Les résultats subséquents indiquent toutefois que les habiletés sociales ne seraient pas les variables les plus fortement associées à la consommation de psychotropes. En effet, considérant l'introduction de variables personnelles et familiales dans le présent modèle, les résultats indiquent que l'âge des jeunes et la qualité de la supervision parentale sont des variables fortement associées à la présence de consommation chez les moins de 12 ans.

Il est alors possible de faire l'hypothèse que l'âge expliquerait la consommation précoce de psychotropes. En effet, la préadolescence et l'adolescence ouvrent l'enfant à de nouveaux univers, de nouvelles influences (Thomassin, 2004). Il apparaît donc logique de penser que plus l'enfant vieillit plus il est à risque de s'initier à l'un ou l'autre des psychotropes (Greene *et al.*, 1999 ; Kaminer et Tarter, 2004; Wills et Stoolmiller, 2002). En ce sens, les programmes de prévention de la toxicomanie offerts aux enfants d'âge scolaire primaire devraient, sans doute, être adressés spécifiquement aux enfants du troisième cycle.



De plus, la qualité de la supervision parentale semble fortement associée à la consommation de psychotropes. En effet, plus la supervision parentale diminue en qualité ou en intensité, plus les risques de consommer des psychotropes augmentent. Il est tout à fait attendu qu'un jeune dont les parents ne supervisent pas ses agirs ou supervisent peu ses fréquentations est plus à risque de commettre des actions répréhensibles (Claes et Lacourse, 2001; Stark, 2008; Statistiques Canada, 2007; Statistiques Canada, 2010; Lanctôt, 2006). Ce résultat représente alors une cible d'intervention plus qu'intéressante. En effet, cela démontre toute l'importance et la pertinence d'ajuster les interventions adressées aux préadolescents, notamment celles en toxicomanie, en insistant sur la participation de la famille. Cette pratique est d'ailleurs reconnue, par plusieurs auteurs, comme l'une des plus efficaces afin d'augmenter l'impact des actions préventives auprès des enfants et des adolescents (Kumpfer et Alvarado, 2003; Petrie, Bunn et Burns, 2007; Schinke, Fang et Cole, 2009; Vitaro *et al*, 2000).

Il importe toutefois de souligner que les deux modèles de régression réalisés permettent davantage d'identifier, de classer les enfants "non-consommateurs". Bien qu'à première vue, la capacité de classement est plutôt faible pour les élèves "consommateurs", deux hypothèses découlent de ces résultats. D'abord, les facteurs à l'étude que sont l'âge, la supervision parentale et les habiletés sociales permettent davantage d'identifier les enfants "non-consommateurs". Ces résultats signifient peut-être que ces variables seraient des facteurs de protection et que la prévention gagnerait à renforcer la présence de ces variables chez l'ensemble des enfants d'âge scolaire primaire.

De plus, les facteurs à l'étude que sont l'âge, la supervision parentale et les habiletés sociales classent faiblement les enfants "consommateurs". Il est possible, ici, de faire l'hypothèse que les jeunes qui se sont initiés aux psychotropes à l'âge scolaire primaire forment un groupe davantage hétérogène et que pour augmenter le classement et par le fait même la détection de ces élèves "consommateurs", les futures recherches devront inclure dans leurs analyses davantage de variables personnelles, familiales et sociales et davantage de combinaisons de ces variables permettant ainsi de circonscrire le phénomène de la consommation à cet âge.

En somme, l'ensemble de ces résultats permet de raffiner le modèle explicatif présenté en introduction (référence au schéma 1). En effet, au-delà des caractéristiques personnelles et sociales, les caractéristiques familiales peuvent influencer sur les comportements du jeune. Plus spécifiquement, il semble possible d'affirmer qu'un individu (le préadolescent) pour qu'il soit plus à risque de consommer des psychotropes doit présenter non seulement des

caractéristiques sociales particulières, principalement des limites au niveau de la coopération, mais certaines caractéristiques personnelles et familiales. Dans une perspective écologique, l'interinfluence de ces facteurs personnels, sociaux et familiaux pourrait alors précipiter ou au contraire retarder la consommation de psychotropes chez les jeunes d'âge scolaire primaire. Les résultats de cette étude appuient donc l'hypothèse que le cumul des facteurs de risque (personnels, familiaux et sociaux) plutôt qu'un facteur en particulier permettrait d'expliquer la vulnérabilité de certains enfants à s'initier aux psychotropes avant l'âge de la puberté.

À la lumière des résultats obtenus dans la présente étude et des résultats issus de la littérature, il est possible de dégager certaines orientations pour l'intervention en toxicomanie auprès des préadolescents. D'abord, l'intervention préventive en toxicomanie devrait être adaptée à l'âge des enfants. Il semble, en effet, que ce type d'intervention ne peut être homogène. Tel que recommandé par Vitaro et Carbonneau (2003), les enfants plus jeunes bénéficieront sans doute d'une intervention plus axée sur le développement d'habiletés sociales sans référence aux psychotropes, alors que les jeunes plus âgés profiteront d'une intervention plus spécifique visant à conscientiser le jeune aux effets de la consommation, tout en encourageant le développement de meilleures compétences sociales. En ce sens, on ne peut qu'être d'accord avec certains auteurs qui mettent de plus en plus en garde les intervenants des effets iatrogènes (stigmatisation des enfants consommateurs, incitation à consommer) de certaines interventions préventives trop hâtives en toxicomanie (Vitaro, 2007; Werch et Owen, 2002). Les résultats de cette étude démontrent aussi la pertinence, voire l'obligation, d'impliquer les parents dans les activités de prévention de la toxicomanie. Comme plusieurs programmes visant à prévenir ou réduire les conduites antisociales chez les jeunes (Gottfredson, Kumpfer, Polizzi-Fox, Wilson, Puryear, Beatty et Vilmenay, 2006; Kazdin, 2007), il pourrait s'avérer pertinent de sensibiliser les parents au rôle crucial qu'ils jouent auprès de leur enfant et d'augmenter leurs compétences parentales dans le cadre d'intervention en toxicomanie. Enfin, les programmes actuels de prévention de la toxicomanie qui ciblent l'acquisition et l'augmentation des habiletés sociales seraient des pratiques à recommander. Cette cible de prévention que sont les habiletés sociales représenterait une avenue intéressante auprès des enfants d'âge scolaire primaire. En effet, considérant le fait qu'une approche trop axée sur les psychotropes à la préadolescence peut entraîner des effets délétères sur le jeune (Vitaro, 2007; Werch et Owen, 2002), débiter par le développement de bonnes habiletés sociales apparaît comme une pratique moins risquée et prometteuse pour diminuer ou du moins, retarder l'initiation aux psychotropes.

En conclusion, sur le plan de la généralisation des résultats, notons certaines limites de notre étude. En effet, bien qu'il soit reconnu que l'enfant est un répondant fiable lorsqu'il s'agit de documenter sa consommation de psychotropes, peu importe son âge (Williams et Nowatzki, 2005) et la qualité des habiletés sociales (Fortin *et al.*, 2001), le bas âge des enfants (10-11-12 ans) de l'échantillon pourrait apporter certaines limites quant à l'évaluation des caractéristiques familiales. De plus, le fait que cette étude n'est qu'un seul temps de mesure ne permet pas de valider nos résultats à plus long terme. Est-ce que les faibles habiletés sociales précipitent l'enfant dans la consommation de psychotropes ou sa consommation de psychotropes qui lui amènent de faibles habiletés sociales? Cette étude ne permet pas de répondre à cette question, qui avait également été soulevée par certains auteurs (Barkin *et al.*, 2002; Jackson *et al.*, 1997; Pandina *et al.*, 1990). Par conséquent, dans les études futures, il serait pertinent, de considérer un devis de recherche longitudinal et tenter de déterminer des liens causals entre les variables. L'étude devrait aussi inclure, outre le jeune lui-même, ses parents comme répondants pour ainsi améliorer l'évaluation des caractéristiques personnelles et familiales du préadolescent.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arnett, J.J. (2001). *Adolescence and Emerging Adulthood: a cultural approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- Barkin, S.L., Smith, K.S. et Durant R.H. (2002). Social Skills and Attitudes Associated With Substance Use Behaviors Among Young Adolescents. *The Journal of adolescent health*. 30(6), 448-454.
- Botvin, G.J. et Griffin, K.W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*. 25(2), 211-232.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C. et St-George, M. (1998). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability findings in light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Camirand, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois: Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Santé Québec et Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 194 p.
- Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (2005). Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cipto.qc.ca/prevenir.html>>. Consulté le 7 janvier 2010.
- Claes M. et Lacourse, E. (2001). Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence. *Enfance*, 53(4), 379-399.
- Clark, D.B., Cornelius, J. R., Kirisci, L., et Tarter, R. E. (2005). Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 13-21.
- Collin, C. (2006). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : III. Notions essentielles*, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement. 9 p.
- Comeau, M. (1999). *État de situation sur l'implantation du programme Fluppy d'entraînement aux habiletés sociales dans la région de Québec et proposition de consolidation progressive du programme*. Équipe Adaptation familiale et sociale. Direction de la santé publique de Québec. 46 p.
- Desbiens, N., Royer, E., Fortin, L. et Bernard, B. (1998). Compétence sociale, statut sociométrique et réseaux affiliatifs des élèves en trouble du comportement : perspectives d'intervention à l'école. *Sciences et comportement*, 26(2), 107-127.

- Donohue, B., Van Hasselt, V.B., Hersen, M., Perrin, S. (1998). Role-play assessment of social skills in conduct disordered and substance abusing adolescents: An empirical review. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 8(2), 1-28.
- Dufour, M. (1996). *Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axées sur la famille*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec. 20 p.
- Fortin, L., Royer, E., Marcotte, D., Potvin, P. et Joly, J. (2001). Épreuve de validité d'une mesure d'habiletés sociales auprès d'adolescents québécois à l'école secondaire. *Psychologie et Psychométrie*, 22(1), 23-43.
- Frick, P.J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Alabama, U.S. University of Alabama. 39 p.
- Galliher, R.V., Evans, C.M. et Weiser, D. (2007). Social and Individual Predictors of Substance Use for Native American Youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 1-17.
- Gardner, M., Barajas R.G. et Brooks-Gunn, J. (2010). Neighborhood influences on substance use etiology: Is where you live important? *Handbook of drug use etiology: Theory, methods, and empirical findings*. Scheier, PhD, Lawrence (Ed.); pp. 423-441. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2010. xxvi, 689 p.
- Gottfredson, D., Kumpfer, K., Polizzi-Fox, D., Wilson, D., Puryear, V., Beatty P. et Vilmenay, M. (2006). The *Strengthening* Washington D.C. Families Project: A Randomized Effectiveness Trial of Family-Based Prevention. *Prevention Science*, 7(1), 57-74.
- Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Wilens, T.E., Mick, E. et Blier, H.K. (1999). Further validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: Findings From a sample of siblings of boys with and without ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 349-354.
- Gresham, F.M. et Elliot, S.N. (1990). *Social skills rating system*. Toronto, Canada: American guidance service.
- Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D. et Levine, D. (1997). The early use of alcohol and tobacco: Its relation to children's competence and parent's behavior. *American Journal of Public Health*. 87(3), 359-364.
- Kaminer, Y. et Tarter, R.E. (2004). Adolescent substance abuse In M. Galanter (éd.) et H.D. Kleber (éd.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment*, (p. 505-517). Washington : American Psychiatric Publishing (3<sup>e</sup> éd.).
- Kazdin, A.E. (2007). *Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents*. A guide to treatments that work (3<sup>e</sup> éd.). P.E. Nathan (Ed.) et J.M. Gorman, (Ed.); (p. 71-104). New York, NY, US: Oxford University Press, 758 p.



- Kumpfer, K.L. et Alvarado, R. (2003). Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6/7), 457-465
- Kuperman, S., Chan, G., Kramer, J., Bierut, L., Bucholz, K., Fox L. *et al.* (2005). Relationship of age of first drink to child behavioral problems and family psychopathology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(10), 1869-1876.
- Lambert, N. (2005). The contribution of childhood ADHD, conduct problems, and stimulant treatment to adolescent and adult tobacco and psychoactive substance abuse. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*, 7(3), 197-221.
- Lancôt, N. (2006). Les conduites agressives indirectes, Développement, contexte et dynamiques relationnelles. In P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles : Comprendre pour mieux agir*. (p. 56-64). Presse de l'Université du Québec. Québec
- Laventure, M. (2009). *Initiation précoce aux psychotropes chez les préadolescents. Rapport de recherche*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. 18 p.
- Lussier, K. et Laventure, M. (2009). Caractéristiques familiales associées à l'initiation précoce à la consommation de psychotropes à la préadolescence. *Psychotropes*, 3(15), 49-69.
- Martin, M., Dos Santos, M.A. et Pillon, S.C. (2008). Low-income families' perceptions on the use of drugs by one of their members. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 293-298.
- Morissette, P., Dedobbeleer, N. et Viger, M.R. (2002). *Consommation de substances psychoactives*. In Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. Québec : Institut de la statistique du Québec. 211-229.
- Oxford, M.L., Harachi, T.W., Catalano, R.F. et Abbott, R.D. (2000). Preadolescent predictors of substance initiation: a test both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*, 27(4), 599-616.
- Pandina, R.J., Labouvie, E.W., Johnson, V. et White, H.R. (1990). The relationship between alcohol and marijuana use and competence in adolescence. *Journal of Health & Social Policy*, 1(3), 89-108.
- Petrie, J., Bunn F. et Burns, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, 22(2), 177-191.
- Santé Canada. (2000). *Les drogues... Faits et méfaits*, Ottawa. 70 p.
- Schinke, S.P., Fang L. et Cole, K.C. (2009). Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother-daughter program. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1060-1064.

- Shelton, K.K., Frick, P.J. et Wooton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329.
- Stark, K.A. (2008). Relationship between the concepts of parental monitoring and parental warmth. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(8-B), 5594 p.
- Statistiques Canada. (1996). Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Matériel d'enquête pour la collecte des données. Hull: Développement des ressources humaines Canada, Catalogue no. 89FOO77XPF.
- Statistiques Canada. (2007). Étude : Autodéclaration de la délinquance par les jeunes de Toronto. Le Quotidien. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/070925/dq070925a-fra.htm>>. Consulté le 9 avril 2010.
- Statistiques Canada. (2010). Rôle parental, contexte scolaire et délinquance avec violence. Fitzgerald, R. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=85-561-MIF2010019&lang=fra>>. Consulté le 9 avril 2010.
- Sung, M., Erkanli, A., Angold, A. et Costello, J. (2003). Effect of age first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 287-299.
- Thomassin, A. (2004). *Les principales caractéristiques développementales des enfants âgés de 6 à 11 ans*. Centre Jeunesse de Montréal, Institut Universitaire.
- Vitaro, F. (2007). *Prévention des toxicomanies : d'abord ne pas nuire!* Centre québécois de lutte aux dépendances. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cqld.ca/cqld/cqld.2.a.php>>. Consulté le 27 avril 2010.
- Vitaro, F. et Carbonneau, R. (2003). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. In F. Vitaro et C. Gagnon, *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, (p. 335-378). Presse de l'Université du Québec, Tome II, Les problèmes externalisés.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, R.E. et Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. In P. Brisson (p. 277-312). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol 3. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Werch, C.E. et Owen, D.M. (2002). Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 581-590.

- Williams, R.J. et Nowatzki, N. (2005). Validity of adolescent self-report of substance use. *Substance Use and Misuse*, 40(3), 299-311.
- Wills, T.A. et Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 986-997.
- Wills, T.A., Vaccaro, D. et Benson, G. (1995). Coping and competence in adolescent alcohol and drug use. In J.L. Wallanger et L.J. Siegel, *Adolescent health problems: Behavioral perspectives*. (p. 160-178). New York : Guilford Press.



**ANNEXE A**  
**DIRECTIVES DE PUBLICATIONS DE LA REVUE SCIENCE DU**  
**COMPORTEMENT**

Revue canadienne des sciences du comportement

**DIRECTIVES À L'INTENTION DES AUTEURS**

Veillez consulter les Journals Manuscript Submission Instructions for all Authors de l'APA pour information concernant la préparation des manuscrits, la présentation du matériel supplémentaire, des résumés et des mots clés, des références, des figures, des autorisations, des politiques de publication et des principes déontologiques.

Les manuscrits devraient être présentés par voie électronique par le portail de présentation des manuscrits.

Le format de fichier devrait être le Portable Document Format (.pdf), Rich Text Format (.rtf), ou fichier Microsoft Word (.doc). Le fichier doit correspondre exactement, à tous les égards et dans un seul fichier, à la version imprimée du manuscrit de style APA au complet.

En présentant les manuscrits, en plus des adresses postales et des numéros de téléphone, les auteurs doivent indiquer leurs adresses courriel, leurs numéros de téléphone et les numéros de télécopieur qui pourraient servir au bureau de la rédaction et ultimement au bureau de la production.

Les auteurs devraient conserver une copie de sauvegarde de leur manuscrit.

**Politique d'évaluation « à l'aveugle »**

Cette revue a adopté une politique d'évaluation « à l'aveugle » de toutes les soumissions.

Veillez inclure avec le manuscrit une feuille d'accompagnement, qui indique le titre du manuscrit, le nom des auteurs et les affiliations institutionnelles et la date à laquelle le manuscrit est présenté.

La première page du manuscrit ne devrait pas porter le nom des auteurs et les affiliations, mais devrait inclure le titre du manuscrit et la date de soumission. Les notes en bas de page contenant de l'information relative à l'identité ou aux affiliations des auteurs devraient être sur des pages séparées.

Tous les efforts devraient être déployés pour veiller à ce que le manuscrit proprement dit ne contienne aucun indice sur l'identité des auteurs.

**ANNEXE B**  
**PREUVE DE SOUMISSION À LA REVUE**

**Date:** Fri, 14 May 2010 10:12:40 -0400 (EDT)

**De:** JKarp@apa.org

**À:** genevieve.charest2@usherbrooke.ca

**Objet:** Manuscript Submitted - CJBS

Dr. Charest-

Nous accusons réception de votre article intitulé: Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des préadolescents. Cet article a reçu le numéro 2010-0044. Nous sollicitons l'évaluation d'experts reconnus dans le domaine de votre étude et vous informerons des suites accordées à votre article, dès que nous aurons reçu ces évaluations.

Afin de recevoir un courriel décrivant l'historique de votre manuscrit, cliquez sur le lien plus bas et entrez votre nom de famille comme nom d'utilisateur « username » et le numéro de votre manuscrit comme mot de passe « password » .

Nous vous remercions d'avoir fait appel à la Revue canadienne des sciences du comportement.

Très cordialement

Michel Claes  
Éditeur adjoint  
Revue canadienne des sciences du comportement

Lien historique:

[http://www.jbo.com/jbo3/dsp\\_checkhistory.cfm?journal\\_code=cbs&language=french](http://www.jbo.com/jbo3/dsp_checkhistory.cfm?journal_code=cbs&language=french)

## ANNEXE C

### PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE, MÉTHODOLOGIE DE RECENSION DES ÉTUDES ET RECENSION DES ÉTUDES

#### PREMIER CHAPITRE

#### LA PROBLÉMATIQUE

Ce projet de recherche porte sur les habiletés sociales associées à l'initiation précoce à la consommation de psychotropes chez les enfants d'âge scolaire primaire et est réalisé dans l'optique de produire un article scientifique qui sera soumis à la Revue de Psychoéducation. Le premier chapitre permet d'introduire la problématique à l'étude, de documenter la prévalence et les conséquences de la consommation de psychotropes, de présenter les impacts directs et observables sur le développement de l'enfant, de comprendre le rôle des habiletés sociales, de présenter le cadre théorique explicatif du développement des habiletés sociales et finalement, d'amener la question orientant la recension des écrits scientifiques.

#### 1. INTRODUCTION

Dans la population générale, l'initiation aux psychotropes se fait plus fréquemment à l'adolescence et au début de l'âge adulte, pourtant certains jeunes vont s'initier à la nicotine, à l'alcool et au cannabis dès l'enfance (Oxford, Harachi, Catalano et Abbott, 2000). Au Québec, il est évalué que 20% des jeunes se sont initiés à la cigarette avant l'âge de 13 ans (Camirand, 1996; Vitaro et Carbonneau, 2003). De plus, dans leur enquête provinciale, Morissette, Dedobbeleer et Viger (2002) rapportent que 25% des jeunes de neuf ans ont déjà consommé de l'alcool principalement lors d'occasions spéciales. Or, parmi ces enfants consommateurs, 2,8% consommeraient de l'alcool tous les mois (Morissette *et al.*, 2002). Chez des élèves de 1<sup>re</sup> secondaire, 4,2% rapportent s'être initiés entre 8 et 10 ans à une drogue illicite, habituellement le cannabis (Morissette *et al.*, 2002). Dans le groupe d'enfants de 9 ans de cette enquête, 2% rapportent faire usage de cannabis. Ces taux de prévalence sont inquiétants considérant que depuis la fin des années '90, les jeunes s'initient de plus en plus tôt à l'alcool et aux drogues (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003) et qu'ils manifestent de moins en moins leur désapprobation quant à la consommation de psychotropes (Johnston, O'Malley et Bachman, 1999).



Or, consommer des psychotropes avant l'âge de 12 ans représente un indicateur fiable de la gravité, de l'intensité et de la durée de la consommation ultérieure (Vitaro, Dobkin, Janosz et Pelletier, 1992). Ainsi, plus l'initiation aux psychotropes est précoce, plus les risques de développer une consommation problématique à l'adolescence et à l'âge adulte sont élevés (Oxford, Harachi, Catalano, Abbott, 2000). Ce phénomène, susceptible d'entraîner des difficultés sur le plan social (Kuperman *et al.*, 2005; Lambert, 2005) est inquiétant. En effet, la consommation de psychotropes est reconnue pour être associée à de faibles compétences sociales (Vitaro et Carboneau, 2003) et à la fréquentation de pairs consommateurs (Fortin, Royer, Marcotte, Potvin, Joly, 2001; Vitaro et Carboneau, 2003; Vitaro, Carboneau, Gosselin, Tremblay et Zoccolillo, 2000). Qui plus est, cette relation entre la consommation précoce de psychotropes et les habiletés sociales est d'autant préoccupante qu'inversement un enfant qui présente de faibles compétences relationnelles est reconnu pour être plus enclin à l'influence des pairs (Fortin *et al.*, 2001) particulièrement à celle des pairs déviants (Vitaro et Carboneau, 2003) qui à son tour est reconnu pour précipiter la consommation de psychotropes. Cette relation a donc d'importantes répercussions sur l'adaptation personnelle et sociale des enfants, tels que l'apparition de la délinquance et d'échecs scolaires (Fortin *et al.*, 2001) et d'une consommation persistante et plus nocive dans le futur (Vitaro et Carboneau, 2003). Or, à la préadolescence, l'intervention représente également un défi particulier, puisqu'à cette période de leur développement, les enfants sont encore dépendants de leurs parents, mais ont de plus en plus accès à l'influence et aux opportunités du monde extérieur (amis, école) (Thomassin, 2004; Sung, Erkanli, Angold et Costello, 2003).

## 2. DEFINITIONS DES CONCEPTS

### 2.1. Initiation précoce aux psychotropes<sup>4</sup>

Une initiation précoce aux psychotropes peut se définir comme étant l'expérimentation d'une substance psychoactive, telle que le tabac, l'alcool et le cannabis, avant l'âge de 12 ans. Cette consommation est considérée comme précoce, puisqu'elle survient avant la puberté, phase durant laquelle l'enfant apprendra à modeler ses comportements, ses attitudes et ses

<sup>4</sup> Les psychotropes peuvent agir sur le psychisme comme stimulants, comme calmants ou comme perturbateurs (Santé Canada, 2000). Ces substances psychoactives ont pour effet d'altérer l'humeur, les perceptions, les facultés, la conscience ou le comportement général de l'individu (Collin, 2006). La cigarette, la caféine, l'alcool, les drogues illégales et plusieurs substances médicamenteuses sont des psychotropes.

perceptions. Durant cette même période, l'enfant adoptera des conduites adéquates ou inadéquates, selon l'influence résultant de son choix des différents groupes auxquels il adhère, soit la famille, les pairs et l'école (Clark, Cornelius, Kirisci et Tarter, 2005 ; Sung, Erkanli, Angold et Costello, 2003).

Si à l'adolescence, la consommation exploratoire ou occasionnelle d'alcool ou de drogues douces apparaît plus *normale* qu'une consommation régulière ou abusive (Kaplow, Curran, Dodge, 2002), ce constat ne peut s'appliquer à l'enfance, puisqu'à cette période du développement, peu importe sa fréquence, la consommation de psychotropes doit être considérée comme étant une expérience marginale (Kaplow, Curran, Dodge, 2002). Évidemment, tous les jeunes qui consomment du tabac et de l'alcool ne feront pas le passage systématique vers l'abus et la dépendance aux psychotropes, mais ceux qui l'ont fait ont souvent débuté leur consommation à l'enfance (Vitaro *et al.*, 2000).

## **2.2 Compétences et habiletés sociales**

La compétence sociale peut être définie comme étant un ensemble d'habiletés sociales apprises et intégrées à un degré de maîtrise suffisant pour permettre des interactions considérées *normales* socialement (Donohue, Van Hasselt, Hersen et Perrin, 1998 ; Gresham et Watson, 1998; Onoradini, 2004). Alors que la compétence sociale renvoie au jugement d'autrui porté sur ces comportements (Fortin *et al.*, 2001), les habiletés sociales réfèrent aux comportements concrets des personnes. Donohue *et al.* (1998) identifient comme étant des habiletés sociales la coopération, la participation à des activités sociales, savoir demander et donner des informations et percevoir les émotions des autres. Gresham et Elliot (1990), eux, dénotent cinq catégories d'habiletés sociales : la coopération, l'affirmation de soi, l'empathie, l'autocontrôle et la responsabilité. Parmi ces différentes habiletés, certaines peuvent être évaluées à la fois par la personne elle-même ou par une tierce personne observatrice (coopération, affirmation de soi, autocontrôle), tandis que d'autres catégories ne peuvent être évaluées que par la personne elle-même (empathie) ou par une tierce personne (responsabilité) (Gresham, Elliot, 1990).

Pour les auteurs, l'évaluation d'indices comportementaux tels que suivre les consignes de son enseignant ou bien réagir à la critique d'autrui permet de statuer sur la qualité des habiletés sociales et permet également de prédire l'acceptation ou le rejet social. Par



exemple, Desbiens, Fortin, Royer et Bernard (1998) observent que les enfants qui ont de la difficulté à entrer en relation avec les autres, qui présentent des comportements dérangeants perturbant la classe ou qui manifestent de l'agressivité, sont considérés comme des enfants ayant de faibles habiletés sociales et sont plus sujets à vivre du rejet social.

De façon plus spécifique, Gresham et Elliot (1990) proposent pour chacune de ces habiletés des comportements observables et mesurables. Ainsi, la coopération est observée par des comportements tels que l'aide, le partage et le suivi des consignes. L'affirmation de soi est reconnue par la capacité à demander de l'aide ou des informations, à se présenter aux autres et à réagir aux actions d'autrui. L'autocontrôle est défini par le comportement qui survient en situations conflictuelles, c'est être capable de répondre adéquatement aux taquineries, de faire des compromis et d'attendre son tour. L'empathie, observable que par la personne elle-même, est de se reconnaître la capacité de démontrer une attention et du respect pour les sentiments des autres et d'écouter les autres lorsqu'ils parlent de leurs problèmes. Enfin, la responsabilité d'une personne, observable que par un tiers, se mesure par la capacité à communiquer avec l'adulte, à entretenir sa personne, son environnement et à effectuer une tâche demandée (Fortin *et al.*, 2001; Gresham et Elliot, 1990).

### 3. ROLES DES HABILETES SOCIALES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

La période de la préadolescence (9 à 12 ans), longtemps perçue comme ne présentant aucune perturbation majeure, est reconnue de plus en plus fondamentale, notamment sur le plan du développement social, comportemental, cognitif et affectif (DeHart, Sroufe et Cooper, 2000). À la préadolescence, le développement social de l'enfant est influencé en partie par les parents, mais aussi, et de plus en plus par ses pairs (Park, Simpkins, McDowell, Kim, Killian, Dennis, Flyr, Wild, et Rah, 2002; Thomassin, 2004). Ces deux groupes de socialisation permettront à l'enfant d'apprendre et de développer de nombreuses habiletés sociales et attitudes de base aux relations interpersonnelles (Kramer et Kowal, 2005; Thomassin, 2004). Ainsi, au-delà des relations familiales, à cette étape du développement, les expériences avec les pairs représentent, pour le jeune, un laboratoire social important où il peut apprendre et pratiquer des habiletés relationnelles que ne peut apporter le milieu familial. Par le biais de ses relations amicales, le jeune a donc la possibilité d'acquérir d'importantes habiletés sociales, telles que la coopération, l'affirmation de soi, l'autocontrôle, le sens des responsabilités et l'empathie (Claes, 2003). L'acceptation des pairs revêt, alors, une



importance capitale pour tous les jeunes (Rice, 1999). Or, pour être acceptés et appréciés de leurs pairs, les jeunes doivent posséder des qualités interpersonnelles comme être amical, enjoué, amusant et naturel (Arnett, 2001). La possession de bonnes habiletés sociales augmente alors le succès au plan social (Arnett, 2001).

#### 4. CADRE THEORIQUE : DEVELOPPEMENT DES HABILETES SOCIALES

De façon plus générale, le développement des habiletés sociales afin de devenir compétent socialement peut être associé à la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986). Cette théorie permet, en effet, d'expliquer le processus d'apprentissage d'un individu, et ce, aux différentes étapes de son développement. Ainsi, selon cet auteur, l'individu «apprendrait» grâce à l'interaction réciproque de trois facteurs, soit 1) le comportement, 2) l'environnement et 3) les caractéristiques personnelles et cognitives (Bandura, 1986). L'influence de ces facteurs varie toujours selon la personne et le contexte, chaque facteur pouvant être plus ou moins dominant selon la situation vécue par l'individu (Lanoue, 2007). Ainsi, en lien avec le développement des habiletés sociales, si l'enfant présente des problèmes de comportements, comme de l'agressivité (caractéristiques personnelles) et qu'il a très peu d'occasions de se faire des amis, puisque les autres enfants n'apprécient pas son agressivité (environnement), le jeune risque fortement d'avoir peu d'habiletés sociales et d'augmenter ses comportements agressifs (comportement).

D'autres auteurs expliquent le développement de faibles compétences sociales par la présence d'un «cercle vicieux» (Desbiens *et al.*, 1998; Vitaro et Carbonneau, 2003), celui-ci pouvant être référé à la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986). Pour ces auteurs, un enfant qui présente initialement des lacunes sur le plan social sera difficilement accepté et apprécié par des pairs prosociaux. Ce premier rejet sera pour certains, le début d'un processus d'exclusion sociale : l'absence d'habiletés sociales entraîne le rejet des pairs prosociaux qui à son tour minimise les opportunités d'acquisition de bonnes compétences sociales et par la suite, l'enfant tout de même à la recherche d'un réseau de pairs, risque davantage de s'affilier à des amis n'ayant pas de meilleures habiletés sociales que lui-même. La relation d'amitié devient alors une relation d'opportunités basée sur leurs affinités comportementales (éviter la solitude, recherche des similitudes) vient renforcer le processus. Le risque de s'affilier à des pairs déviants ou marginaux est alors accru. Cette association «utilitaire» est reconnue pour augmenter, entre autres, le risque d'influence négative et de consommation de psychotropes

(Vitaro et Carbonneau, 2003). Ainsi, cette théorie du «cercle vicieux» peut amener à faire l'hypothèse qu'un jeune présentant de faibles habiletés sociales sera plus à risque de débiter tôt une consommation de psychotropes (Vitaro et Carbonneau, 2003).

## 5. QUESTION DE RECENSION

En regard de ces différentes considérations, il apparaît d'abord justifié de se demander s'il existe réellement un lien entre la qualité des habiletés sociales et l'initiation à la consommation de psychotropes chez des enfants d'âge scolaire primaire. Si oui, quelles sont, parmi les différentes habiletés sociales, celles qui ont une influence sur l'initiation précoce à la consommation de psychotropes?

## DEUXIÈME CHAPITRE

### LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce second chapitre présente, dans un premier temps, la méthode de recension des écrits utilisée, les caractéristiques des études recensées, suivi de la description détaillée de chaque étude, la synthèse des résultats obtenus puis, finalement, les objectifs et la méthodologie de recherche.

#### 1. MÉTHODE DE RECENSION

Plusieurs banques de données informatisées ont été consultées pour le repérage des études qui se rapportent à la question de recherche. Il s'agit de PsycINFO, PsycArticle, Medline et TOXLINE. Ces banques ont été consultées sur la période allant de 1998 à 2008, à l'aide de croisement de différents descripteurs ou mots clés, sur chacune des banques de données, jusqu'à ce que les mêmes articles scientifiques ressortent sans en trouver des nouveaux.

Afin de bien sélectionner les articles, ils ont été analysés à l'aide de critères d'inclusion. Pour être retenues pour la recension, les études devaient avoir des objectifs en lien avec les deux variables cibles, soit la consommation de psychotropes et les habiletés sociales. Elles devaient avoir comme population cible les enfants âgés de 6 à 12 ans et elles devaient être écrites en français ou en anglais à des fins de compréhension. Les critères d'exclusion sont toutes les études qui n'étaient pas primaires, donc les méta analyses et celles qui recensent d'autres études. Les études portant sur des enfants ayant des déficiences physiques et psychologiques n'ont pas été retenues. Enfin, les études portant sur des populations non représentatives de la culture Nord américaine ont été éliminées.

Les combinaisons de descripteurs utilisés pour repérer les études primaires concernant la consommation de psychotropes en lien avec les habiletés sociales ont été : *social skills* or *social support* or *cooperation* or *cooperative learning* or *assertiveness* or *assertiveness training* or *responsibility* or *empathy* or *self control and alcohols* or *alcohol abuse* or *drugs* or *drug abuse*. De cette recherche, 194 résultats ont été obtenus. De ceux-là, neuf articles ont été retenus puisqu'ils répondaient aux critères d'inclusion à la lecture de son titre et du résumé de



l'article. Après la lecture complète des articles, cinq de ceux-ci ont été retenus pour la recension, puisqu'ils répondaient à la question de recension et respectaient les critères d'inclusion.

Par la suite, une combinaison de mots clés a été faite. Celle-ci contenait les mots clés suivants : *alcohol use* or *alcohol abuse* or *drug\* use* or *drug\* abuse* and *social competence\** or *social characteristic\** and *child\** or *preteenage\** or *youth\** or *pre adolescent*. Des articles répertoriés (27 669), après avoir sélectionné seulement les articles ayant le texte intégral accessible directement par la banque de données, publiés entre les années 1998 à 2008 et ayant la tranche d'âge 6 à 12 ans, seules dix études ont été sélectionnées pour une lecture plus approfondie. Suite à cette lecture, seulement un article fut conservé, les autres traitaient de l'un ou l'autre des sujets à l'étude, mais ne mettaient pas en relation directe les deux phénomènes à l'étude ou ciblaient les adolescents.

Pour finir, une recherche par auteur a été faite afin de voir la possibilité d'autres articles pertinents. Après la lecture de toutes les bibliographies des textes utilisés pour la problématique et la recension des écrits, trois autres textes ont été ciblés pour une lecture approfondie, à partir des titres des articles. De cette recherche, un seul texte a été retenu puisqu'il traitait spécifiquement du sujet de l'étude et respectait tous les critères d'inclusion.

Une fois ces sept études ciblées, elles ont été analysées à l'aide de tableaux de recension présentés par ordre alphabétique des auteurs en annexe A. Ces tableaux permettent d'abord de faire ressortir le titre des articles retenus, les auteurs, les devis, ainsi que les années de parution<sup>5</sup>. Ensuite, ces tableaux permettent, pour chaque étude, d'identifier le nombre de participants, l'âge et la proportion selon le sexe et l'ethnie dans les échantillons. Au niveau des psychotropes, la nature des substances consommées et la gravité de la consommation sont également documentées pour chaque article. En ce qui concerne les données relatives aux habiletés sociales, les sous variables utilisés pour les mesurer sont énumérés. Une description des instruments de mesure, des analyses et des résultats obtenus sont également présents dans les tableaux de recension. Enfin, les limites citées par les auteurs des études recensées sont énumérées.

---

<sup>5</sup> Considérant la rareté des études traitant de la question de recherche, certains articles moins récents (1990, 1995 et 1997) ont été conservés dans le présent projet.

## 2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

L'annexe A présente les tableaux résumant les caractéristiques des études recensées. D'un point de vue méthodologique, quatre études ont un devis de recherche de type transversal (Barkin, Smith et Durant, 2002; Galliher, Evans et Weiser, 2007; Jackson, Henriksen, Dickinson et Levine, 1997; Wills, Vaccaro et Benson, 1995), les trois autres études ont des devis de type longitudinal (Greene, Biederman, Faraone, Wilens, Mick et Blier, 1999; Pandina, Labouvie, Johnson et White, 1999; Wills et Stoolmiller, 2002).

Pour ce qui est des mesures évaluant la consommation de psychotropes, trois études utilisent des outils valides (Barkin *et al.*, 2002; Wills et Stoolmiller, 2002; Wills *et al.*, 1995). Trois autres études utilisent des questionnaires maisons (Galliher *et al.*, 2007; Jackson *et al.*, 1997; Pandina *et al.*, 1990) dont une utilise les critères diagnostics du DSM-III pour évaluer l'abus et la dépendance aux psychotropes (Greene *et al.*, 1999).

Le type de psychotropes évalués dans chaque étude diffère. L'étude de Jackson *et al.* (1997) évalue la consommation de tabac et d'alcool en vérifiant l'initiation ou non à ceux-ci. L'étude de Pandina *et al.* (1990) évalue la consommation d'alcool et de cannabis en évaluant la gravité de la consommation par sa fréquence, la quantité de substances consommées et le nombre d'abus fait par le consommateur. Deux autres études évaluent la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (Wills et Stoolmiller, 2002; Wills *et al.*, 1995), en mesurant si l'enfant s'est initié ou non aux psychotropes et si oui, à quelle fréquence il les consomme (Wills et Stoolmiller, 2002) ou s'il y a escalade dans la consommation (Wills *et al.*, 1995). Trois autres études évaluent la consommation de cigarettes, d'alcool, de cannabis et de drogues dures (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007; Greene *et al.*, 1999). Pour connaître la gravité de la consommation, ces études mesurent soit l'initiation ou non aux psychotropes (Galliher *et al.*, 2007; Greene *et al.*, 1999), soit la fréquence de la consommation (Barkin *et al.*, 2002; Greene *et al.*, 1999) ou la présence d'un abus ou d'une dépendance aux psychotropes (Greene *et al.*, 1999). Enfin, Barkin *et al.* (2002) mesurent également l'anticipation de l'enfant de consommer dans la prochaine année.

Les questionnaires utilisés pour mesurer les habiletés sociales et les compétences sociales sont standardisés pour la majorité des études (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007; Greene *et al.*, 1999; Pandina *et al.*, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002; Wills *et al.*,

1995). Dans l'étude de Jackson *et al.* (1997) pour mesurer les compétences, les chercheurs utilisent des questions en entrevue et des observations auprès des enfants. Or, le concept d'habiletés sociales n'est pas définies de la même façon dans l'ensemble des études recensées. De façon plus spécifique, une étude évalue principalement l'autocontrôle des participants (Wills et Stoolmiller, 2002), d'autres comme Galliher *et al.* (2007) mesurent le niveau de confiance sociale et les habiletés à refuser de consommer. Les auteurs Greene *et al.* (1999) évaluent, pour leur part, le fonctionnement social des participants à partir de la qualité de leurs interactions dans différents contextes. Une autre étude (Pandina *et al.*, 1990) mesure les compétences sociales grâce à des sous variables comme l'orientation sociale, l'utilisation du soutien perçu, le fait de se faire des amis facilement, la présence de délinquance et le fait de faire des activités négatives avec ses amis. Wills *et al.* (1995), quant à eux, mesurent également le concept de compétences sociales, mais il ne spécifie pas distinctement les variables mesurées. Pour ce qui est de l'étude de Jackson *et al.* (1997), il mesure la compétence sociale par des variables comme l'autorégulation, l'estime de soi, la confiance en soi, la motivation scolaire, l'acceptation par les pairs et la résistance à la pression des pairs. Dans leur étude Barkin *et al.* (2002) mesurent le concept d'habiletés sociales grâce à plusieurs sous variables comme les attitudes positives face à la consommation de substances, les habiletés à dire non, à résister à la consommation, à voir de façon critique la publicité, à être critique dans une décision, à réduire l'anxiété et à communiquer.

Enfin, pour la mesure des habiletés sociales et de la consommation de psychotropes, quelques études utilisent l'enfant comme répondant principal (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007; Wills et Stoolmiller, 2002 ) sauf dans l'étude de Greene *et al.*, (1999), le répondant est le parent qui évalue le fonctionnement social de son enfant. Pour ce qui est de la mesure des compétences sociales, le répondant principal est l'enfant dans l'étude de Pandina *et al.*, (1990) et c'est l'enfant et l'enseignant dans l'étude de Wills *et al.* (1995) et de Jackson *et al.* (1997).



### 3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES

#### 3.1. Étude de Barkin *et al.* (2002)

L'étude de Barkin et ses collaborateurs tente de vérifier la relation entre les habiletés sociales et la consommation de psychotropes, tels que le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne/crack et les inhalants. Les habiletés sociales mesurées sont les attitudes positives face à la consommation de substances, les habiletés à dire non, à résister à la consommation, à voir de façon critique la publicité, à être critique dans une décision, à réduire son anxiété vécue et à communiquer. L'échantillon utilisé dans cette étude est de 2 646 enfants âgés de 12 (1763 enfants) et 13 ans (883 enfants), dont 49% sont des garçons et 58% sont de race blanche. Ces enfants proviennent d'écoles publiques de Winston-Salem Forsyth County, aux États-Unis. Suite à des analyses de régressions multiples, les auteurs observent d'abord que : 51% de la variance relative à l'utilisation actuelle de substances serait expliqué par les habiletés sociales suivantes, soit les attitudes positives face à la consommation de substances, les habiletés à dire non, à résister à la consommation, à voir de façon critique la publicité, à être critique dans une décision, à réduire son anxiété vécue, à communiquer, à percevoir la consommation de ses pairs et aux variables suivantes, soit avoir des armes en sa possession et se bagarrer. Le sexe, la structure familiale et l'ethnie sont des variables contrôlées.

Parmi les habiletés sociales permettant de prédire l'usage de psychotropes, le sexe ( $\beta=-0,27$  (0,09),  $p\leq 0,01$ ), la capacité du jeune à dire non ( $\beta=0,55$  (0,02),  $p\leq 0,001$ ), l'attitude positive du jeune face aux drogues ( $\beta=0,08$  (0,01),  $p\leq 0,001$ ), la perception qu'à le jeune de la consommation de ses pairs ( $\beta=0,07$  (0,01),  $p\leq 0,001$ ), par le fait d'avoir des armes en sa possession ( $\beta=0,13$  (0,04),  $p\leq 0,001$ ) et de se bagarrer ( $\beta=0,06$  (0,04),  $p\leq 0,001$ ).

Les auteurs identifient comme principale limite pouvant influencer les résultats, l'adolescent comme unique répondant. Ainsi, selon ces auteurs, la validité des résultats est moindre et la fiabilité de ceux-ci peut être remise en doute.

À la lumière des résultats de cette étude, il est possible d'affirmer qu'il y a un lien entre les habiletés sociales et la consommation de psychotropes chez des enfants de 12 et 13

ans. Parmi les variables reconnues pour être associées à la consommation de psychotropes, la capacité à dire non est la seule habileté sociale significative.

### 3.2. Étude de Galliher *et al.* (2007)

L'objectif poursuivi dans cette étude est de vérifier l'existence de liens prédictifs entre la confiance sociale et les habiletés à refuser et la consommation de psychotropes (cigarette, alcool, cannabis, inhalant). Pour ce faire, l'échantillon est composé de 84 enfants d'origine amérindiennes dont l'âge varie de 9 à 11 ans. L'échantillon est composé à 54% de garçons. Grâce à des analyses de régression, les résultats obtenus concluent que la confiance sociale, qui est définie comme étant des habiletés à se faire des amis, peut prédire ( $x^2=0,33$ ,  $p\leq 0,05$ ) l'acquisition d'un sentiment d'efficacité qui à son tour prédit ( $x^2=-0,23$ ,  $p\leq 0,05$ ) la non expérimentation de drogues. Le modèle permet aussi d'affirmer que la capacité de l'enfant à refuser «dire non» ( $x^2=-0,25$ ,  $p\leq 0,05$ ) est négativement associé à l'expérimentation de drogues.

Dans leur étude, les auteurs ont, toutefois, identifié des limites. Selon eux, l'échantillon est trop petit ( $N=84$ ), donc il est difficile de généraliser les résultats et le fait d'avoir un grand échantillon permettrait d'obtenir un modèle prédictif plus riche et plus complexe. L'outil d'évaluation a une faible consistance interne et des coefficients de fidélité faibles, dont les valeurs ne sont pas données par les auteurs, donc il y a une faiblesse de l'instrument de mesure.

Grâce à cette étude, il est possible de cibler deux habiletés sociales, celles d'être capable de refuser et de se sentir efficace comme étant des variables prédictives d'une consommation de psychotropes.

### 3.3. Étude de Greene *et al.* (1999)

L'objectif principal des auteurs de cette étude est d'examiner les prédicteurs de la consommation de psychotropes (cigarette, alcool, drogue) chez des enfants ayant ou non un trouble d'hyperactivité avec inattention (TDAH). Les auteurs évaluent le concept de fonctionnement social qu'ils définissent comme étant les interactions de l'enfant avec ses parents, avec sa fratrie, avec ses pairs dans différents contextes, soit à la maison, à l'école ou

lors d'activités sociales. L'échantillon est composé de 186 enfants (98 garçons et 88 filles), dont 104 avec un TDAH. Au premier temps de mesure, l'âge moyen des enfants est de 11,2 ans et quatre ans plus tard, au deuxième temps, l'âge moyen est de 15,2 ans. Les chercheurs ont éliminé de l'échantillon les enfants ayant un faible statut socio-économique (SSE) afin de ne pas confondre l'effet potentiel de graves difficultés sociales. L'ensemble de l'échantillon est constitué d'enfants caucasiens. Les résultats obtenus grâce aux régressions logistiques démontrent que le fonctionnement social est une variable majeure et significative (les valeurs de  $p$  ne sont pas spécifiées par l'auteur) pour prédire la consommation de cigarettes ( $OR=0,83$ ), l'abus d'alcool ( $OR=0,80$ ) et la dépendance à l'alcool ( $OR=0,89$ ), l'abus de drogues ( $OR=0,78$ ) et la dépendance aux drogues ( $OR=0,97$ ).

Par contre, les auteurs identifient deux limites importantes à leur étude. D'abord, parce que les enfants ayant un SSE faible sont exclus et que seuls les caucasiens sont inclus dans la recherche, cela diminue la possibilité de généraliser les résultats à la population générale. Enfin, seules la mère et la fratrie sont répondant, la perception de l'enfant n'étant pas mesurée. Cette façon de faire, bien qu'elle puisse documenter le fonctionnement social de l'enfant, est plus ou moins adaptée pour mesurer la consommation de psychotropes.

Grâce aux résultats, il est possible de faire l'hypothèse que le fonctionnement social des enfants permet de prédire l'abus et la dépendance à des psychotropes, mais les auteurs n'indiquent pas si celui-ci peut prédire l'initiation et la fréquence de la consommation des enfants. Or, le fonctionnement social est pris dans son ensemble, il est donc difficile d'établir quelles habiletés spécifiques sont associées au fonctionnement social et à un apport réel sur la consommation de psychotropes des enfants.

### **3.4. Étude de Jackson *et al.* (1997)**

L'objectif de cette étude est de vérifier l'existence d'une association entre les compétences sociales comme l'autorégulation, l'estime de soi, la confiance en soi, la motivation scolaire, l'acceptation par les pairs et la résistance à la pression des pairs et l'initiation ou non à la consommation de psychotropes (tabac et alcool). L'échantillon est composé de 1470 enfants de troisième et de cinquième année de 12 écoles primaires de la Caroline du Nord, dont 51% sont des garçons, 80% sont caucasiens et de leurs 68 enseignants. Les résultats ont été obtenus grâce à des régressions logistiques. Ainsi, selon l'enseignant,



plus la consommation de tabac ( $OR=2,1$ ,  $p\leq 0,01$ ) et d'alcool ( $OR=2,0$ ,  $p\leq 0,01$ ) est présente, plus l'enfant présente de faibles compétences sociales. Dans cette étude, la motivation scolaire est la variable la plus fortement associée à la consommation d'alcool ( $OR=1,47$ ,  $p\leq 0,01$ ) et de tabac ( $OR=1,42$ ,  $p\leq 0,01$ ). Les analyses démontrent que, selon l'enfant, l'utilisation de substances psychotropes est importante lorsque l'enfant possède de faibles compétences sociales. Ainsi, de façon spécifique, plus l'autorégulation de l'enfant est faible plus il consomme de l'alcool ( $OR=1,12$ ,  $p\leq 0,0001$ ) et du tabac ( $OR=1,15$ ,  $p\leq 0,0001$ ). Cette association est aussi démontrée avec la variable de l'estime de soi de l'enfant. Donc, plus l'enfant a une faible estime de lui-même plus il consomme de l'alcool ( $OR=1,08$ ,  $p\leq 0,001$ ) et fume la cigarette ( $OR=1,07$ ,  $p\leq 0,0001$ ). Contrairement aux autres variables de compétences sociales, toujours selon l'enfant, l'acceptation par les pairs n'est pas significativement associée à la consommation de substances psychotropes, telles que l'alcool ( $OR=0,95$ , *n.s*) et le tabac ( $OR=0,97$ , *n.s*). Dans le même sens, l'habileté à résister à la pression des pairs ne ressort pas comme étant associée à la consommation d'alcool ( $OR=0,88$ , *n.s*) et de tabac ( $OR=0,99$ , *n.s*), selon les enfants. Enfin, l'âge et le sexe semblent des prédicteurs de la consommation de tabac et d'alcool. Or, les valeurs attribuées à ces variables dans la régression ne sont pas données par les auteurs. Malgré cette lacune, les auteurs affirment que le fait d'être un garçon et le fait de vieillir augmenterait les risques de s'initier à la cigarette et à l'alcool.

Ces auteurs mettent le lecteur en garde d'utiliser ces résultats pour conclure en un lien de causalité. En effet, les résultats ne permettent pas d'établir si c'est la présence de faibles compétences qui cause l'initiation à la consommation de psychotropes ou l'inverse.

Dans cette étude, le lien entre les compétences sociales et la consommation de psychotropes est démontré. Plus précisément, selon l'enfant, l'autorégulation et l'estime de soi et selon l'enseignante, la motivation scolaire sont les variables les plus fortement associées à la consommation. Selon l'enfant, les variables d'acceptation par les pairs et résistance à la pression des pairs et selon l'enseignant, la confiance en soi n'est pas associée à la consommation de tabac et d'alcool.

### 3.5. Étude de Pandina *et al.* (1990)

L'objectif poursuivi dans cette étude est d'examiner l'effet prédicteur des compétences sociales sur la consommation d'alcool et de marijuana chez des enfants et des adolescents. L'échantillon est composé de 1380 adolescents, qui proviennent du New Jersey. L'absence de sérieux handicaps physiques et psychologiques ou de problèmes de langage était nécessaire pour faire partie de l'échantillon. Les participants (90% sont blancs) ont rempli les questionnaires à l'âge de 12, 15 et 18 ans. L'attrition des participants entre les temps de mesure a été contrôlée. À l'aide d'analyse de régression hiérarchique, les résultats obtenus démontrent que la qualité des compétences sociales est un bon prédicteur des comportements de consommation. En effet, en contrôlant le sexe et l'âge, les adolescents ayant des déficits au niveau de leurs compétences sociales sont davantage impliqués dans la consommation de psychotropes ( $x^2=0,48$ ,  $p\leq 0,01$ ). Les résultats démontrent également que les adolescents ayant de faibles compétences sociales à l'âge de 12 ans sont plus enclins à persister dans leur consommation d'alcool et de cannabis à 15 ans ( $x^2=-2,25$ ,  $p\leq 0,01$ ) puis 18 ans ( $x^2=-1,20$ ,  $p\leq 0,05$ ).

Pour ce qui a trait aux limites de l'étude, les auteurs dénotent le nombre limité de questions utilisées pour évaluer les différents concepts des compétences sociales. Par le fait même, ils ont dû regrouper la compétence sociale dans un concept global. En ce sens, le faible nombre d'indicateurs disponibles a limité l'élaboration d'hypothèses plus spécifiques quant à la relation de la qualité des habiletés sociales et de la consommation de psychotropes.

Cette étude a démontré que des adolescents ayant de faibles compétences sociales consomment plus fréquemment, en plus grande quantité et auront une escalade dans leur consommation en vieillissant. Les auteurs évitent toutefois de qualifier ce lien entre les compétences sociales et la consommation de psychotropes de lien causal. Enfin, le concept de compétences sociales est étudié dans sa globalité sans distinction aux différentes variables le composant.

### 3.6. Étude de Wills et Stoolmiller (2002)

L'objectif principal de cette recherche est de vérifier si une habileté sociale, soit l'autocontrôle est corrélé à l'initiation et la fréquence de consommation de psychotropes, tels que la cigarette, l'alcool et le cannabis. Pour ce faire, l'échantillon est composé de 810 étudiants de 6<sup>ème</sup> année, dont l'âge moyen est de 11,5 ans. Ces enfants proviennent de 18 écoles primaires publiques. Trois autres temps de mesures ont été faits, soit en 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> année. Les garçons représentent 50% de l'échantillon, 35% sont caucasien, 27% afro-américain, 23% hispanique, 3% asiatique et 12% d'autres ethnies. Par des analyses de khi-carré et de corrélations, les auteurs ont mis en lien les variables à l'étude. Ainsi, un bon autocontrôle corrèle positivement avec l'absence de consommation de substances aux différents temps de mesure ( $r=0,23$  à  $r=0,28$ ). Donc, plus l'enfant possède un bon autocontrôle, moins il y a de chance qu'il se soit initié à des psychotropes et la fréquence de consommation sera moindre qu'un enfant ayant un faible autocontrôle. Un mauvais autocontrôle corrèle positivement avec la consommation de substances aux différents temps de mesure ( $r=0,32$  à  $r=0,40$ ). Les auteurs affirment aussi qu'un bon autocontrôle prédit une faible probabilité ( $\chi^2=-0,16$ ,  $p\leq 0,01$ ) de commencer tôt la consommation de substances. Un faible autocontrôle prédit l'inverse, soit une forte probabilité de débiter tôt la consommation de psychotropes ( $\chi^2=0,21$ ,  $p\leq 0,01$ ) et prédit aussi une augmentation de la consommation au fil du temps ( $\chi^2=0,20$ ,  $p\leq 0,01$ ).

Les limites identifiées par les chercheurs sont toutefois à prendre en considération afin de tempérer la lecture des résultats. D'abord, les auteurs soulignent que les mesures d'autocontrôle étaient simples, les auteurs soulignent que les futures recherches devraient introduire un facteur temps et un délai de gratification afin d'améliorer la mesure de cette variable. Il y a aussi eu attrition (30%) de l'échantillon entre les différents temps de mesure, les participants perdus n'étant pas contrôlés, il n'est pas possible de vérifier si l'échantillon était toujours représentatif de la population cible. Selon les auteurs, l'effet des facteurs familiaux, comme le contrôle parental et la présence de conflits parent/enfant sur la variable autocontrôle semble important, mais n'ont pas été mesurés dans la recherche. Enfin, les auteurs estiment que l'ethnie aurait un impact sur la consommation de psychotropes, mais celle-ci n'a pas été contrôlée dans cette étude.



Ainsi, grâce aux résultats obtenus par les auteurs, il semble plausible que les habiletés d'autocontrôle peuvent prédire le début et l'escalade de la consommation de psychotropes chez les enfants. Enfin, lorsqu'un enfant présente un faible autocontrôle, il est plus à risque de consommer tôt différentes substances et d'avoir au fil du temps une consommation plus fréquente et ainsi, plus problématique.

### **3.7. Étude de Wills *et al.* (1995)**

Cette étude tente de vérifier s'il existe des relations entre les compétences sociales et la consommation de substances, telles que la cigarette, l'alcool et la marijuana. L'échantillon de cette étude est composé de deux groupes. Le premier dénombre 1702 élèves provenant d'écoles publiques, dont l'âge moyen est de 12,3 ans et 47% de l'échantillon sont des filles. Ce premier groupe est composé de 29% de noirs, 23% d'hispaniques et de 37% de blancs. Le deuxième groupe comprend 869 élèves provenant d'écoles publiques, dont l'âge moyen est de 11,5 ans. Ce deuxième groupe est équivalent au niveau de ces caractéristiques démographiques et ethniques à celui du premier groupe. Les résultats obtenus, grâce à des corrélations, démontrent une relation significative entre les compétences sociales et la consommation de substances. Toutefois, les valeurs de cette corrélation ne sont pas spécifiées par les auteurs. De plus, les résultats révèlent également que le fait d'avoir de bonnes compétences académiques et d'autocontrôle a un rôle protecteur contre la pression des pairs pour consommer des substances. Encore ici, les valeurs ne sont toujours pas données par les auteurs. De plus, aucune limite de leur étude n'a été identifiée par les auteurs.

À la lumière de ces résultats, il est possible de faire l'hypothèse qu'il existe un lien entre les compétences sociales et la consommation de psychotropes et que plus particulièrement, un bon autocontrôle est en lien avec la capacité de l'enfant à résister à la pression sociale de consommer des psychotropes.

## **4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET LIMITES DES ÉTUDES**

La recension des écrits a été faite afin de répondre à deux questions de recherche : existe-t-il réellement un lien entre la qualité des habiletés sociales et la consommation de psychotropes chez des enfants d'âge scolaire primaire? Si oui, quelles sont, parmi les

différentes habiletés sociales, celles qui ont une influence sur l'initiation précoce à la consommation de psychotropes?

L'ensemble des études recensées tend à confirmer qu'il existe un lien entre les habiletés sociales et la consommation de psychotropes (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007; Greene *et al.*, 1999; Jackson *et al.*, 1997; Pandina *et al.*, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002; Wills *et al.*; 1995).

De façon plus spécifique, la capacité à refuser les offres de consommer (Barkin *et al.*, 2002; Galliher *et al.*, 2007), les habiletés d'autocontrôle (Wills et Stoolmiller, 2002; Wills *et al.*; 1995), le fonctionnement social des enfants (Greene *et al.*, 1999), le sentiment d'efficacité (Galliher *et al.*, 2007), l'autorégulation (Jackson *et al.*, 1997) et l'estime de soi (Jackson *et al.*, 1997) sont autant d'habiletés sociales associées au fait de ne pas s'initier ou de retarder l'initiation aux psychotropes. Or, il est difficile d'aller plus loin dans l'interprétation des différentes études consultées, les concepts examinés étant difficilement comparables et les habiletés sociales n'étant que partiellement représentées par une ou deux variables permettant de les définir. Enfin, Pandina *et al.*, (1990) considère le concept de compétences sociales dans son ensemble.

Se référant à la définition donnée dans le premier chapitre, il est pourtant possible d'affirmer que pour étudier le lien entre les habiletés sociales et l'initiation aux psychotropes, différentes variables telles l'autocontrôle, la coopération, l'affirmation de soi, la responsabilité et l'empathie sont nécessaires. En ce sens, la présente étude propose d'expliquer ce phénomène en considérant à la fois différentes variables définissant les habiletés sociales puis le concept global d'habileté sociale.

Autres limites soulignées par les auteurs, la qualité des outils utilisés pour mesurer les différentes habiletés sociales, comme l'autocontrôle et la capacité à refuser affecte la fiabilité et la validité des résultats obtenus (Galliher *et al.*, 2007; Pandina *et al.*, 1990; Wills et Stoolmiller, 2002). Pour pallier ce biais, dans la présente étude, l'utilisation d'un outil ayant de bonnes qualités psychométriques sera utilisée (Fortin *et al.*, 2001; Gresham et Elliot, 1990). En effet, le *Social Skills Rating System* mesure les habiletés sociales de façon globale, mais aussi par différentes sous échelles. De plus, cet instrument possède une version adaptée pour les enfants et une version pour les parents afin de bien mesurer chacun des concepts et d'obtenir la perception de plusieurs répondants.



La question du répondant est également soulevée comme une lacune à l'interprétation des résultats. En effet, dans les études recensées, soit l'enfant est seul répondant (Barkin *et al.*, 2002) ou il revient à l'entourage d'évaluer les compétences de l'enfant (Greene *et al.*, 1999 ; Pandina *et al.*, 1990). De part et d'autre, cette façon de faire peut représenter certaines limites. En effet, même si l'enfant est reconnu pour être un répondant fiable et rigoureux lorsque vient le temps de documenter sa consommation de psychotropes (Williams, & Nowatzki, 2005), l'impossibilité de valider ses réponses, surtout sur le plan des habiletés sociales peut toutefois affecter la validité et la fiabilité des résultats obtenus (Barkin *et al.*, 2002 ; Greene *et al.*, 1999). D'autre part, l'entourage comme répondant unique peut permettre une meilleure vision des habiletés sociales, mais comme la consommation est souvent faite à l'insu des membres de sa famille, il devient difficile pour ceux-ci de rapporter des données valides à ce sujet. Dans la présente étude, deux répondants seront utilisés pour recueillir les informations, l'enfant lui-même et le parent pour la mesure des habiletés sociales et l'enfant seulement dans la mesure de la consommation de psychotropes. Le fait d'avoir deux répondants en lien avec les habiletés sociales permettra de valider les réponses de l'enfant par son parent et ainsi, vérifier la fiabilité des informations recueillies.

Enfin, certaines caractéristiques ont également été soulevées par les auteurs pour être associées ou pour interférer dans le lien entre les habiletés sociales et l'initiation aux psychotropes. C'est le cas pour le sexe de l'enfant, le fait d'être un garçon augmente les probabilités de faire l'usage de psychotropes (Barkin *et al.*, 2002 ; Pandina *et al.*, 1990) et l'âge de ceux-ci, le fait de vieillir étant depuis longtemps reconnu comme augmentant les risques de s'initier aux psychotropes (Kaminer et Tarter, 2004; Pandina *et al.*, 1990). L'ethnie peut aussi être une variable qui a une influence sur le phénomène étudié, selon Barkin *et al.*, (2002) et Wills et Stoolmiller, (2002). L'auteur Greene et ses collaborateurs (1999) nomment aussi que le niveau socioéconomique doit être contrôlé pour l'étude du lien entre les habiletés sociales et l'initiation aux psychotropes, puisqu'il a une influence sur le phénomène. Enfin, certains facteurs familiaux comme le contrôle parental et la présence de conflits entre les parents et les enfants pourraient influencer les résultats obtenus dans l'étude (Wills et Stoolmiller, 2002).

Les études recensées n'ont tout simplement pas considéré ces caractéristiques dans leurs analyses ou n'ont considéré qu'une ou deux d'entre elles, limitant l'interprétation des



résultats. Or, selon l'ensemble des auteurs des études recensées, comme ces autres variables sont reconnues pour influencer, en partie, la relation entre les habiletés sociales et l'initiation aux psychotropes, ces variables doivent être contrôlées. Dans la présente étude, préalablement aux analyses multivariées, des analyses univariées seront faites afin de vérifier la présence réelle d'influence de ces variables dans le phénomène à l'étude. Si des relations significatives étaient alors observées, ces variables que sont le sexe de l'enfant, son âge, son ethnie, son niveau socioéconomique, la qualité du contrôle familial et la présence de conflits seraient alors introduites dans les analyses subséquentes mettant en relation les habiletés sociales et la consommation de psychotropes.

**ANNEXE D**  
**TABLEAUX 1 À 7: CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉ**

Tableau 1  
Recension des écrits

Titre de l'article: Social Skills and Attitudes Associated With Substance Use Behaviors Among Young Adolescents							
Auteurs /Année : Barkin, S.L., Smith, K.S. et Durant R.H. / 2002							
Problématiques à l'étude			Devis de recherche transversal			Résultats/Discussion	
Habiletés sociales	Consommation		Échantillon	Mesures	Analyses	Résultats	Limite de l'étude
	Nature	Gravité					
Attitudes positives face à la consommation de substances À dire non À résister à la consommation À voir de façon critique la publicité À être critique dans une décision À réduire l'anxiété À communiquer	Tabac	Nombre de substances consommées	2 646 enfants âgés de 12 et 13 ans, 49% de garçons, 70% vivent avec les 2 parents, 58% blanc proviennent d'écoles publiques de Winston-Salem Forsyth County	Questionnaire anonyme autoadministré Life Skills Training curriculum,	Bivariées (permettent d'examiner la relation entre les variables indépendantes et dépendantes)  Variance  Multiples régressions linéaires	51% de la variance d'utilisation actuelle de substances et 73.9% de l'anticipation de consommer dans la prochaine année serait expliqué par les habiletés sociales et par la perception que ses amis consomment, avoir des armes et se bagarrer.  Les habiletés à voir de façon critique la publicité, à être critique dans une décision, à réduire l'anxiété, à communiquer et à résister à la consommation ne sont pas des variables significatives dans la prédiction de l'utilisation actuelle de substances.  La variable qui est la plus significativement associée à la consommation actuelle et l'anticipation de consommer dans la prochaine année c'est l'habileté à dire non  Les enfants qui présentent une attitude positive face à la consommation de substances consomment davantage actuellement et anticipent davantage consommer dans l'année.	Dû au type d'analyse utilisé, seules des associations peuvent être explorées et aucun lien de causalité ne pourrait être fait.  En ayant seulement le point de vue des adolescents, il est difficile de valider leurs réponses.
	Alcool	Fréquence de consommation dans les 30 derniers jours					
	Marijuana	L'anticipation de consommer dans la prochaine année					
	Cocaïne/crack						
	Inhalant						



Tableau 2  
Recension des écrits

Titre de l'article : Social and Individual Predictors of Substance Use for Native American Youth							
Auteurs /Année : Galliher, R.V., Evans, C.M., Weiser, D. / 2007							
Problématiques à l'étude			Devis de recherche transversal			Résultats/Discussion	
Habiletés sociales	Consommation		Échantillon	Mesures	Analyses	Résultats	Limite de l'étude
	Nature	Gravité					
Confiance sociale  Habiletés à refuser	Alcool  Cigarette  Cannabis  Inhalant	Essaie ou non de la substance	84 enfants d'origine amérindiennes dont l'âge varie entre 9 et 11 ans.  54% garçons 15% problèmes physiques 21,5% problèmes d'apprentissage	<u>Confiance sociale</u> Individual Protective Factors Index développée par Springer and Phillips (1995). <u>Refusal Skills</u> . 7 item qui mesure la perception de l'enfant par rapport à ses habiletés à refuser de s'engager dans des comportements déviants et à consommer des substances illégales, provient du CSAP Predictor Variables Study <u>Consommation</u> . Les participants reportent s'ils ont essayé ou non la cigarette, l'alcool, la marijuana et les inhalants.	Moyenne et écart type  Corrélation entre les variables	Confiance sociale : 3.22 é.t. 0.55 Habiletés à refuser : 4.64 é.t. 0.55 Nb de subs. Essayé : 0.51 é.t. 0.87  Les habiletés permettant de dire non influence directement ( $r = -0,30$ ) l'expérimentation et le nombre de drogues essayé  La confiance sociale n'est pas reliée ( $r = 0.12$ ) aux habiletés de refus.  La confiance sociale est reliée (non significatif) ( $r = -0.18$ ) à l'initiation aux psychotropes.	L'échantillon est très petit, donc difficile de généraliser les résultats.  L'outil d'évaluation a une faible consistance interne, et des coefficients de fidélité faible, donc faiblesse de l'instrument de mesure.

Tableau 3  
Recension des écrits

<b>Titre de l'article :</b> Further validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: Findings From a sample of siblings of boys with and without ADHD.							
<b>Auteurs /Année :</b> Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Wilens, T.E., Mick, E., Blier, H.K. / 1999							
<i>Problématiques à l'étude</i>			<i>Devis de recherche longitudinal</i>			<i>Résultats/Discussion</i>	
Habiletés sociales	Consommation		Échantillon	Mesures	Analyses	Résultats	Limite de l'étude
<b>fonctionnement social</b> (les interactions avec les parents; fratrie; les pairs; s'il fait des activités sociales; environnement social)	<b>Nature</b>	<b>Gravité</b>					
	Cigarette	Initiation ou non	186 garçons	Le fonctionnement social est mesuré avec le Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents, 76 items ayant 12 sous échelles qui inclue les interactions avec les parents; fratrie; les pairs; dans différents contextes comme l'école, à la maison, dans des activités. Les qualités psychométriques ont été démontrées. L'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues est mesuré grâce aux critères diagnostics du DSM-III-R Évaluation de la consommation de cigarette : Positif ou négatif selon l'âge (moins ou plus de 18 ans) et selon la fréquence (fumer tous les jours durant au moins un mois/ fumer un paquet par jour au moins 4 fois par semaine)	Régression logistique	Le fonctionnement social est une variable majeure et significative pour prédire l'abus d'alcool, la dépendance à l'alcool, l'abus de drogues, la dépendance aux drogues et a fumé la cigarette.	L'échantillon est composé seulement de garçons, impossible de généraliser aux filles les résultats obtenus. Parce que les enfants ayant un SSE faible sont exclus et que seuls les Caucasiens sont inclus dans la recherche, cela diminue la possibilité de généraliser les résultats à la population générale. Il y a seulement la mère et la fratrie comme répondant.
	Alcool	Fréquence	104 avec ADHD				
	Drogues	Abus et dépendance	82 sans ADHD				
			Âge moyen T1 = 11,2 ans et 15,2 ans au T2 (4 ans plus tard) Exclus les participants ayant un faible SSE.				

Tableau 4  
Recension des écrits

Titre de l'article: The Early Use of Alcohol and Tobacco: Its Relation to Children's Competence and Parents' Behavior							
Auteurs /Année : Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D. et Levine, D.W. / 1997							
Problématiques à l'étude			Devis de recherche transversal			Résultats/Discussion	
Habiletés sociales	Consommation		Échantillon	Mesures	Analyses	Résultats	Limite de l'étude
	Nature	Gravité					
Autorégulation  Estime de soi  Confiance en soi  Motivation scolaire  Acceptation par les pairs  Résistance à la pression des pairs	Tabac  Alcool	Initiation ou non	1470 enfants de troisième et de cinquième année de 12 écoles primaires de la Caroline du Nord. 80% blancs, 51% garçons, SSE moyen de 32 00\$. 68 enseignants	Entrevue structurée maison sur la consommation de tabac et d'alcool et sur les compétences  Les compétences sont mesurées par des questions en entrevue, de l'observation auprès des enfants.  L'enseignant complète une liste à cocher pour qualifier les compétences académiques, l'estime de soi et la confiance en soi de l'enfant (haut, modéré, bas)	Régression logistique	Selon l'enseignant, plus la consommation de tabac et d'alcool est présente plus l'enfant présente de faibles compétences. Les compétences académiques sont la variable la plus fortement associée à la consommation d'alcool et de tabac. Selon l'enfant, plus la consommation de tabac et d'alcool est présente plus l'enfant présente de faibles compétences. La confiance en soi et l'estime de soi sont les variables les plus fortement associées à la consommation d'alcool et de tabac. Par contre, les variables acceptation par les pairs et résistance à la pression des pairs ne sont pas associées à la consommation d'alcool. L'âge et le genre sont des prédicteurs de consommation d'alcool et de tabac, donc être un garçon et plus il vieillit prédit une consommation.	Dû au type d'analyse utilisé, seules des associations peuvent être explorées et aucun lien de causalité ne pourrait être fait. Impossible de savoir si ce sont les faibles compétences qui causent l'initiation à la consommation ou l'inverse.



Tableau 5  
Recension des écrits

<b>Titre de l'article:</b> The relationship between alcohol and marijuana use and competence in adolescence.							
<b>Auteurs /Année :</b> Pandina, R.J., Labouvie, E.W., Johnson, V., White, H.R. / 1990							
<i>Problématiques à l'étude</i>			<i>Devis de recherche longitudinal</i>			<i>Résultats/Discussion</i>	
<b>Habiletés sociales</b>	<b>Consommation</b>		<b>Échantillon</b>	<b>Mesures</b>	<b>Analyses</b>	<b>Résultats</b>	<b>Limite de l'étude</b>
	<b>Nature</b>	<b>Gravité</b>					
Compétence sociale	Alcool Cannabis	Fréquence Quantité Abus	1380 adolescents, qui proviennent du New Jersey, construit à partir de l'année de naissance et l'absence de sérieux handicaps physiques et psychologiques ou de problèmes de langage. Ils ont rempli les questionnaires à l'âge de 12, 15 et 18 ans. Attrition est contrôlée. 90% blanc; SSE de 20 000 à 29 000\$; 80% vivent avec les 2 parents biologiques	Alcool et marijuana, mesurée par un questionnaire sur la fréquence de consommation dans la dernière année, la quantité consommée en une occasion; l'estimation de la fréquence que le sujet s'est soulé et était « high »  Questionnaire sur orientation sociale; utilisation du soutien perçu; se faire des amis facilement; délinquance; faire des activités négatives avec ses amis.	Régression hiérarchique	La mesure des compétences sociales est un bon prédicateur des comportements de consommation.  Les adolescents ayant des déficits au niveau de leurs compétences présentent une implication plus élevée, maintiennent et escaladent dans la consommation d'alcool et de marijuana.  Les adolescents consommateurs à l'âge de 12 ans sont plus enclins à persister dans leur consommation et à présenter des compétences altérées.  Les déficits au niveau des compétences sociales sont plus en lien avec la consommation de marijuana que d'alcool.  Les grands consommateurs perdent plusieurs opportunités de développer leurs compétences sociales et les déficits dans leurs compétences maintiennent la consommation de drogues.	Les domaines pour évaluer les compétences sociales sont représentés par un nombre limité d'indicateurs.  La technique d'analyse des résultats permet de façon limitée les conclusions de causalité.

Tableau 6  
Recension des écrits

Titre de l'article : The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis							
Auteurs /Année : Wills, T.A., Stoolmiller, M. / 2002							
Problématiques à l'étude			Devis de recherche longitudinal			Résultats/Discussion	
Habiletés sociales	Consommation		Échantillon	Mesures	Analyses	Résultats	Limite de l'étude
	Nature	Gravité					
Autocontrôle Sociabilité	Cigarette Alcool Marijuana	Initiation et la Fréquence	<p>L'échantillon provient d'étudiants de 18 écoles primaires publiques.</p> <p>1<sup>er</sup> temps de mesure, 1 810 étudiants sont en 6<sup>ème</sup> année, l'âge moyen est de 11,5 ans. Autres temps de mesure 7,8 et 9<sup>ème</sup> année. (11 à 15 ans)</p> <p>70% de l'échantillon est tjrs présent au dernier temps de mesure. 50% garçons 35% caucasien 56% vivent avec les 2 parents biologiques</p>	<p>Questionnaire auto complété par l'étudiant et l'enseignant dans la classe, d'une durée de 40 minutes. Standardisé, Information démographique</p> <p><b>Bon Autocontrôle</b> Sous-échelles : Calmer, Fiabilité, Planification, Résolution de problèmes</p> <p><b>Mauvais autocontrôle</b> Sous-échelles : Impatience, Distractibilité, Colère</p> <p><b>Consommation</b> de substances : Fréquence de consommation avec échelle de type Likert</p>	<p>Corrélation entre le tempérament et l'autocontrôle</p> <p>Khi-carré</p>	<p>Le % de l'échantillon qui consomme chaque substance augmente chaque année (cigarette : 2, 9, 15, 19) (alcool : 2, 5, 11, 17) (marijuana : 1, 2, 6, 10) le bon autocontrôle corrèle négativement (0.23 à 0.28) avec la consommation de substance aux différents temps de mesure.</p> <p>Mauvais autocontrôle corrèle positivement (0.32 à 0.40) avec la consommation de substance aux différents temps de mesure.</p> <p>Un bon autocontrôle prédit une faible probabilité de débiter tôt la consommation de substance.</p> <p>Un mauvais autocontrôle prédit l'inverse et prédit aussi une augmentation de la consommation au fil du temps.</p> <p>L'autocontrôle serait une variable médiatrice entre le tempérament et la consommation de substances.</p> <p>Donc, les habiletés d'autocontrôle peuvent prédire le début et l'escalade de la consommation de psychotropes chez l'adolescent</p>	<p>Les mesures d'autocontrôle étaient simples. Il y a eu attrition de l'échantillon entre les différents temps de mesure.</p> <p>L'effet des facteurs familiaux sur la variable autocontrôle semble important, mais n'a pas été mesuré dans la recherche.</p> <p>L'impact de l'ethnie sur la consommation de substance.</p>

Tableau 7  
Recension des écrits

<b>Titre de l'article:</b> Coping and competence in adolescent alcohol and drug use.							
<b>Auteurs /Année :</b> Wills, T.A., Vaccaro, D., Benson, G. / 1995							
<i>Problématiques à l'étude</i>			<i>Devis de recherche transversal</i>			<i>Résultats/Discussion</i>	
Habiletés sociales	Consommation		Échantillon	Mesures	Analyses	Résultats	Limite de l'étude
	Nature	Gravité					
compétences académiques, sociales et comportementales	Cigarette	Initiation et l'escalade de consommation	1702 élèves d'écoles publiques, âge moyen 12, 3 ans. 37% blanc, 47% filles, 53% vivent avec les 2 parents biologiques.	Questionnaire autoadministré Cigarette, alcool, consommation excessive d'alcool et marijuana sont combinés pour donner un score total de consommation de substances.	corrélations	Relation significative entre les compétences et la consommation de substances.	Aucune n'est nommée par les auteurs
	Alcool						
	Consommation excessive d'alcool					Les compétences par les pairs sont positivement reliées à la consommation de substances.	
	Marijuana		869 élèves d'écoles publiques, âge moyen de 11,5 ans. Équivalente au niveau des caractéristiques au 1 <sup>er</sup> échantillon.	Questionnaire de Harter (1995) sur la perception de ses compétences académiques, sociales et comportementales et sur la perception des professeurs.		Avoir des compétences académiques et d'autocontrôle a un rôle protecteur contre la pression de consommer des substances.	



## **Consommation de psychotropes et habiletés sociales chez des préadolescents**

### **Substance use and social skills in preadolescent**

Geneviève Charest, cMA et Myriam Laventure, Ph.D.  
Université de Sherbrooke

Adresse de correspondance : Geneviève Charest

Courriel :

Téléphone :

Cette étude a été rendue possible grâce à une contribution financière du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.